EXPOSÉ DES TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

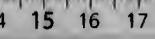
Dr E. DESFORGES-MÉRIEL

AGRÉGÉ DE CHIRURGIE DES FACULTÉS DE MÉDECINE
CHARGÉ DE COURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE
CHIRURGIEN EN CHEF DES HÔPITAUX
MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS



TOULOUSE
IMPRIMERIE ET LIBRAIRIE ÉDOUARD PRIVAT
Librairie de l'Université.
14, RUE DES ARTS (SQUARE DU MUSÉE)
—
1912





TITRES ET FONCTIONS

Interne des hôpitaux de Toulouse, 1894-1897.
Aide d'anatomie à la Faculté, 1894-1895.
Docteur en médecine (Faculté de Toulouse, 31 juillet 1897).
Chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Toulouse (des professeurs Chalot et E. Cestan), 1899-1902.
Chef des travaux de médecine opératoire (au concours), 1902-1904.
Agrégé de chirurgie à la Faculté de Toulouse (1904).
Chirurgien des hôpitaux de Toulouse (premier, 1[er] concours de 1906).
Chef des travaux de médecine opératoire, 1906, 1908.
Délégué dans les fonctions d'agrégé d'accouchements (suppléance du professeur agrégé Thoyer-Rozat, 1906, 1907.
Chargé d'un cours annuel de propédeutique chirurgicale, 1909, 1910.
Chargé de cours de médecine opératoire, 1909-1912.
Chargé de cours de clinique chirurgicale (suppléance du professeur E. Cestan, 1909, 1910, 1911, et nomination définitive le 3 mars 1912).
Chirurgien chef de service des hôpitaux (Hospice de la Grave, janvier 1911).

Membre correspondant de la Société de chirurgie de Paris (à l'élection, 28 novembre 1910).
Membre correspondant de la Société anatomique de Paris (élection 1902).
Membre correspondant de l'Association internationale de chirurgie (élection 1908).
Membre de l'Association française de chirurgie, 1909.
Membre de la Société de médecine de Paris, 1899.
Membre de la Société de radiologie de Paris, 1912.
Membre de l'Association des anatomistes, 1905.
Membre de la Société de médecine de Toulouse, 1898.
Membre fondateur de la Société d'obstétrique de Toulouse, 1907.
Membre fondateur de la Société de chirurgie de Toulouse, 1912.

Membre fondateur et ancien Président de la Société anatomo-clinique de Toulouse, 1910.

Rapporteur de la Section de Gynécologie (*tumeurs solides de l'ovaire*) au 6e Congrès national de Gynécologie, Obstétrique et de Pédiatrie (Toulouse, 1910).

Rapporteur au 25e Congrès français de chirurgie, 1912 (*radiologie chirurgicale de l'estomac et de l'intestin*).

Lauréat de l'Académie de médecine (prix Daudet, partagé), 1901.

Lauréat de la Faculté de médecine de Toulouse :

Prix de travaux pratiques de médecine opératoire, 1895.

Prix du Conseil général, 1895.

Prix du Conseil municipal, 1895.

Prix de thèses, 1897.

Lauréat de la Société de médecine de Toulouse : médailles de bronze, 1897; d'argent, 1901; de vermeil (prix Gaussail), 1904).

Officier d'Académie (1907).

ENSEIGNEMENT

Travaux pratiques d'anatomie et de médecine opératoire (aide d'anatomie, 1894-95).
Conférences cliniques élémentaires (clinicat, 1899-1902).
Chargé de la suppléance du professeur Chalot (clinique chirurgicale, février à mai 1901).
Conférences de travaux pratiques de médecine opératoire (chef des travaux, 1902-1904, 1906, 1908).
Conférences de pathologie externe (agrégé de chirurgie) :

Semestre d'été 1905 (*affections congénitales des membres, orthopédie*).

Semestre d'été 1907 (*chirurgie du thorax*).

— 1909 (*gynécologie*).

Conférences d'obstétrique (suppléance du Dr Thoyer-Rozat) :

Semestre d'été 1906 (*anatomie obstétricale. — L'accouchement normal. — Le nouveau-né*).

Semestre d'été 1907 (*maladies de la grossesse*).

Conférences de propédeutique chirurgicale, 1909, 1910.
Conférences préparatoires de pathologie à l'École de santé de Lyon, 1909.
Leçons de clinique chirurgicale, 1909, 1910, 1911, 1912 (chargé du cours).

ANALYSE DES TRAVAUX.

I.

CHIRURGIE DU THORAX.

A) SEIN.

Les beaux succès thérapeutiques obtenus, à l'étranger surtout, par les nouvelles techniques d'amputation large du sein cancéreux avaient conduit l'Académie de Médecine, en 1900, à mettre au concours du prix Daudet, pour l'année suivante, la question de savoir réellement, d'après l'étude des statistiques et l'expérimentation personnelle, ce que valait cette chirurgie nouvelle. Il y avait là une orientation nouvelle, pleine d'espérances, de la thérapeutique chirurgicale, et déjà les principes essentiels étaient appliqués à d'autres organes frappés de néoplasmes cancéreux. L'Académie mit donc le sujet à l'étude; le sein, par sa situation superficielle, se prêtait naturellement aux tentatives opératoires ainsi qu'à l'appréciation facile à contrôler des résultats obtenus à plus ou moins longue échéance. Le mémoire que je présentai au concours Daudet, en 1901, sur, la question ainsi posée : *Les meilleures méthodes chirurgicales à opposer au cancer du sein*, fut le prélude d'autres travaux sur divers points de la question. J'eus la bonne fortune d'être guidé et encouragé dans mes recherches anatomiques et opératoires par mon bien regretté maître, E. Cestan, dont j'avais l'honneur d'être alors le chef de clinique; nous arrivâmes, chacun dans des

publications séparées, à édifier une technique personnelle, évidemment inspirée des méthodes américaines de Willy Meyer et de Halsted, mais aussi de nos recherches propres sur le cadavre et sur le vivant.

1. **Des meilleures méthodes chirurgicales à opposer au cancer du rein. —** Mémoire de 90 pages avec figures présenté à l'Académie de médecine pour le concours du prix Daudet (1901).

Le prix fut partagé entre mon mémoire et celui du professeur agrégé Chavannaz (de Bordeaux). Ce mémoire est resté inédit et a servi à l'exécution de l'ouvrage suivant sur le même sujet.

2. **L'extirpation du cancer du sein. —** 1 vol. in-8° de 245 pages, 35 fig., édité par A. Maloine, Paris, 1903.

Dans le parallèle obligé entre l'ancienne technique et celle de Halsted, il fallait de toute nécessité reprendre la question avec des documents anatomo-pathologiques, pour montrer que c'était une imparfaite connaissance des lésions de la peau, des muscles, de la glande mammaire et des ganglions qui avait conduit les chirurgiens, jusqu'à ces dernières années, à pratiquer des opérations fatalement incomplètes. Ainsi pouvaient s'expliquer les échecs qui décourageaient les plus habiles. Cette erreur fondamentale, les travaux de Volkmann, de Waldeyer, de Heidenhain nous l'ont démontrée, à l'évidence, et je me suis attaché, dans le chapitre 1, à exposer ces recherches pour les divers tissus, leur consacrant une large place, car c'est sur elles que repose la méthode moderne.

Ces considérations anatomo-pathologiques et les notions revisées d'anatomie pure permettent de fixer les règles d'une opération *adéquate* au cancer du sein.

Après quelques mots sur les contre-indications tirées de l'âge, de l'état général, de la variété anatomique du cancer, je montre dans quel esprit était comprise, hier encore, l'opération du cancer mammaire, alors que, dès 1867, un véritable précurseur, Ch. Moore, avait réagi contre cet esprit étroit, et exposé qu'il fallait faire une opération *adé-*

quate au mal et, pour cela, enlever tout le territoire envahi. Ce territoire comprend toute la glande, la peau sus-jacente, les muscles, le tissu cellulaire, les lympathiques et les ganglions, territoire étendu dont j'étudie chaque partie.

Pour la glande, d'abord, je reprends la description classique pour montrer combien elle s'éloigne des descriptions modernes du professeur Kirmisson, de Stiles, de Rieffel, de Kocher ; la glande n'a plus cette forme régulièrement arrondie et par trop schématique, elle est au contraire plus irrégulière, poussant des prolongements tels que le lobe axillaire décrit par le professeur Kirmisson, le lobe inféro-externe de Kocher, le lobe sternal de Rieffel, les lobes erratiques de Stiles, enfin les mamelles supplémentaires.

Tous ces lobes, à une période indéterminée pour le clinicien, sont atteints par le cancer; aussi, toute amputation du sein qui ne tiendra pas compte de cette forme irrégulière est-elle vouée à un échec.

De plus, Waldeyer et Heidenhain ont constaté que si une portion de la mamelle est atteinte de cancer, toute la mamelle est prise également, notion importante, car elle va exiger l'ablation de toute la glande dans les cas limités.

Ce n'est pas tout, le chirurgien doit savoir que les muscles sous-jacents, les deux pectoraux sont aussi envahis par la néoplasie. Wolkmann, puis Heidenhain, ont bien montré cet envahissement par l'intermédiaire du fascia et du tissu cellulaire, d'une part, de l'autre par les lymphatiques. Les contractions musculaires, les mouvements font cheminer les éléments néoplasiques et bientôt le muscle entier est pris. Il s'ensuit que l'on devra enlever le grand pectoral et souvent aussi le petit pectoral dans tous les cas, sans attendre pour cela qu'il y ait adhérence entre la mamelle et le fascia, comme on le pensait naguère.

La peau est également envahie, d'une façon visible ou non ; aussi une large exérèse mettra-t-elle à l'abri des récidives cutanées du lendemain, si fréquentes avec les parcimonieuses opérations de l'ancienne chirurgie.

Au-dessous de cette peau, autour de cette glande règne une atmosphère cellulo-adipeuse en continuité anatomique avec les éléments cellulcux inter-glandulaires ; en outre, elle est traversée par des lympha-

tiques émanés du sein, si bien qu'elle constitue une voie de propagation de la néoplasie. Aussi l'ablation complète est-elle de rigueur. J'ai appelé spécialement l'attention sur une lame cellulo-fibreuse tendue entre la face postérieure du thorax et l'omoplate, divisant l'arrière-fond de la cavité axillaire en deux parties, l'une antérieure renfermant des ganglions, l'artère, la veine, le nerf du grand dorsal, et l'autre postérieure répondant au nerf du grand dentelé. Sur les deux faces de cette lame inter-scapulo-thoracique sont disposés des ganglions qui devront être enlevés en même temps que la lame qui les supporte.

J'arrive ainsi à la description du système lymphatique. J'ai conservé la division classique en lymphatiques cutanés et lymphatiques glandulaires.

Les lymphatiques cutanés, après avoir constitué le réseau sous-aréolaire, gagnent les ganglions axillaires ; les lymphatiques glandulaires aboutissent au groupe supéro-interne et sont recouverts par la partie inférieure du pectoral. Il est d'autres voies : la voie accessoire de Gerota, la voie sous-claviculaire de Bull et Grossmann ; de plus, il y a des ganglions sous la face postérieure du pectoral, enfin accessoirement, la voie mammaire interne.

Des aboutissants de ces troncs lymphatiques, ceux que le chirurgien doit surtout connaître, ce sont les groupes ganglionnaires axillaire, sus-claviculaire.

La conclusion des auteurs américains arrive à ce postulatum qu'en matière de cancer il faut considérer comme envahie toute la chaîne axillaire et claviculaire. En enlevant ainsi *tous* ces lymphatiques, et dans tous les cas, on se met à l'abri des embolies cancéreuses, et l'extirpation du cancer n'est radicale qu'à ce prix. J'ajoute qu'au sein elle peut être poussée jusqu'à la limite du canal thoracique, car ici mieux qu'ailleurs on a tout le territoire cancéreux sous la main.

Ceci m'amenait à examiner les arguments des adversaires de la méthode qui ont concentré toutes leurs critiques sur la légitimité de ce curage. J'ai pu, grâce aux examens microscopiques récents de Fantino, et à d'autres personnels, montrer que tous ou presque tous les ganglions enlevés étaient cancéreux ; que d'autre part, il était impossible cliniquement de distinguer ceux qui sont pris de ceux qui paraissent

indemnes, et, dans le doute, mieux valait les enlever. Quant à la gravité plus grande des ablations ganglionnaires, il y a longtemps que le professeur Kirmisson, puis Küster, ont fait justice de cette objection.

Les événements ont prouvé que ce curage était légitime, possible et efficace; on le fera *largement* dépassant toujours d'une étape celle qui est envahie (Helferich).

Avec de tels événements devait s'édifier une technique qui mérite bien le nom d'*extirpation* puisqu'elle enlève la glande, les muscles, le tissu cellulaire, la peau, les masses ganglionnaires de l'aisselle et du cou, et d'une façon précoce, pour devancer le cancer dans sa marche envahissante.

Il appartenait à Willy Meyer et à Halsted de réaliser presque simultanément cette opération adéquate au mal.

Dans le chapitre II, j'ai brièvement rappelé ce qu'était la technique ancienne depuis Boyer jusqu'à Verneuil, faisant voir qu'elle ne pouvait plus répondre à ce que nous avait appris l'anatomie pathologique.

D'une façon générale, tous ces procédés avaient pour caractère d'enlever incomplètement la tumeur ou la glande (Boyer, Velpeau), le muscle et les ganglions (Verneuil). Néanmoins, au milieu de ces erreurs, on sentait confusément un pressentiment de la technique moderne, comme il est possible de le voir dans les ouvrages de Boyer et de Velpeau.

Cette technique nouvelle est étudiée d'une façon complète dans le troisième chapitre. C'est par un exposé des principes émis en 1867 par Ch. Moore qu'il débute; et après Cestan et Chavannaz j'ai tâché de montrer qu'il fut le véritable promoteur de la technique nouvelle. C'est bien lui qui le premier conseilla cette opération adéquate comprenant l'ablation de la peau, de la glande, des muscles et des ganglions.

Banks essaye de déposséder Moore à son profit; mais l'analyse de son procédé l'apparente plus à celui de Verneuil qu'à celui de Halsted.

C'est en 1874 que, à quelques jours d'intervalles, Willy Meyer et Halsted font connaître chacun une méthode dont le principe et l'exécution sont analogues ou à peu de chose près.

Description du procédé de Halsted. — Incision en raquette à queue concave en bas et en dehors vers l'aisselle; dissection du lambeau cutané triangulaire de l'aisselle : dissection du pectoral et isolement de ses deux portions, claviculaire et costale; ablation *en un seul bloc* de la glande avec la tumeur incluse, de la peau, du tissu cellulaire, désinsertion costale du grand pectoral. Dissection du creux axillaire, graisse et ganglions, avec la pointe du bistouri, laissant à nu la veine axillaire; ce curage axillaire est complété par celui du creux sus-claviculaire. Autoplastie.

Willy Meyer commence par le temps axillaire et descend vers le néoplasme; à part cela, la technique est la même que celle de Halsted. Binaud et Braquehaye, Binnie (Saint-Louis) simplifient cette méthode en la réduisant à cinq temps.

A ces procédés d'autres chirurgiens apportent des modifications qui trouvent place à ce chapitre (Forgue, Phocas, Lusk).

Je décris aussi les procédés d'exception (Langenbeck, Esmarch, Aburnoth Lane, Rutherford Morisson).

Après ces modifications qui visaient l'opération dans son ensemble, viennent celles qui ne s'adressent qu'à un temps spécial (Senn, Mac Burney, Stiles, W. Cheyne, Tansini, Gangolphe, Roux, Rodmann pour l'incision cutanée).

Le curage axillaire a été bien réglé par la technique de Gangolphe qui décrit trois grappes ganglionnaires appendues aux trois branches de l'artère axillaire que l'on va rechercher dès l'incision faite.

C'est vers le curage sus-claviculaire que se sont portés les efforts de Sanderson, de Cushing, de Wendel; et ces deux derniers ont même proposé l'évidement de la base du cou et du médiastin antérieur.

J'ai rappelé brièvement la tentative de Richerand (résection costale), de Vautrin (résection costale et excision pleurale) et de Truc (pneumectomie).

A la réparation autoplastique de la vaste brèche créée par l'extirpation du sein, du muscle et des ganglions, j'ai consacré les pages suivantes, montrant les procédés de Tansini, Quénu et Robineaux, Grœve et Legueu, Assaky, Francke, sans oublier les décollements sous-cutanés de Morestin dont je me suis plusieurs fois très bien trouvé.

La critique de ces procédés fait l'objet du chapitre IV.

Dès le début, je rappelle que les procédés de Boyer et de Velpeau réalisèrent toujours des opérations partielles, donc incomplètes.

Trop parcimonieuse encore était la technique de Verneuil dans son exérèse cutanée et musculaire et dont le curage par le doigt crochet ne répond plus à la topographie précise que nous devons au professeur Kirmisson, à Rieffel, à Poirier et Cunéo, etc.

Bien au contraire, c'est à l'ablation large de la peau qu'il faut s'appliquer, « la peau du sein tout entière », dit le professeur Le Dentu; c'est l'avantage de l'incision de Halsted, de Cheyne, de Tansini.

Les pectoraux sont enlevés d'une façon insuffisante par Halsted, Cheyne, Braquehaye, Rotter (faisceau sternal seulement), alors qu'il faut l'enlever en entier (Heidenhain), et cela parce qu'il n'est pas de « meilleur terrain pour la propagation du cancer que le tissu musculaire » (Le Dentu). Leur section est préférable en allant de l'humérus et la coracoïde vers le thorax (Meyer).

L'évidement de l'aisselle au bistouri, aux ciseaux (Halsted, Meyer, Cheyne, Braquehaye, Cestan), c'est la meilleure façon de procéder.

La dissection sera menée de la base de l'aisselle vers son sommet (Meyer, Kocher, Chavannaz, Cestan).

Si j'admets comme logique l'évidement ganglionnaire sus-claviculaire, par contre je ne saurais admettre l'évidement du médiastin antérieur, car l'anatomie moderne nous démontre que les ganglions médiastinaux n'ont pas de rapport de continuité avec les lymphatiques du sein. De même, je considère comme inutiles les interventions sur le thorax, la plèvre et le poumon, car il est de ces sauvetages qu'on ne peut plus tenter.

Quant aux autoplasties, je me déclare partisan des lambeaux par glissement (Legueu), voire même des décollements de Morestin qui ferment la plaie dans les délais normaux de la cicatrisation *per primam*, et, quoi qu'on en ait dit, ne déforment pas le thorax.

Ce chapitre se termine par la description de la technique à laquelle s'est arrêté mon maître, M. Cestan, et que j'ai pu pratiquer huit fois à mon tour : large incision elliptique de la peau, à la Watson-Cheyne, — dissection des lèvres cutanées, — section des deux pectoraux à leurs

insertions coraco-humérales, et réclinaison pour découvrir l'aisselle, — curage de l'aisselle avec hémostase préventive de tous les rameaux vasculaires, — désinsertion thoracique des pectoraux, — autoplastie à lambeau pris sur le sein opposé ou l'abdomen, — le tout durant 40 minutes à peine.

Les *accidents opératoires* font l'objet du chapitre v. La blessure de la veine axillaire y est étudiée avec les considérations qui s'y rattachent; de même pour la blessure de l'artère, du canal thoracique, de la plèvre.

On a souvent parlé de *suites opératoires* fâcheuses, et je montre au chapitre vi qu'elles sont bien réduites.

Sur le shock opératoire, les anciens chirurgiens sont muets; les modernes n'en citent pas un seul cas.

Avec l'ancienne technique, la mortalité opératoire était de 17 %; depuis l'antisepsie, elle ne fut plus que de 9,50 %; avec Halsted (statistique inédite de 1889 à 1902), elle tombe à 1,8 %, donc pratiquement nulle entre les mains d'un chirurgien aseptique.

La dyspnée a été notée, mais elle disparaît avec la libération du bras hors du pansement.

L'érysipèle, le phlegmon diffus, la phlébite, si fréquentes jadis, sont exceptionnelles aujourd'hui; l'œdème, quand il se produit, est léger et fugace.

En terminant, je devais répondre au grand grief fait à la méthode nouvelle : *l'impotence fonctionnelle du membre opéré.*

J'ai pu observer et j'ai montré par des photographies que cette impotence n'existait pas; avec Oulié, j'ai comparé la force de traction au dynamomètre entre le bras du côté opéré et le bras du côté sain, et je puis dire que cette ablation large des pectoraux est sans conséquence fonctionnelle et n'a que des avantages pour le curage de l'aisselle.

L'étude comparée des résultats éloignés dans les deux méthodes, ancienne et moderne, fait le sujet du chapitre suivant.

Je n'ai pas eu de peine à montrer qu'avec l'ancienne méthode, la récidive était fréquente (66,9 %, Oldekop); avec le curage axillaire, les résultats se modifient dans les statistiques du professeur Le Dentu, de

Jeannel, Bryant, Banks, etc. Mais où la différence éclate, c'est avec la statistique complète de Halsted que je suis le premier à avoir fait connaître. Celle-ci est faite sur des bases nouvelles, car elle etudie séparément les cas de tumeurs primitives, secondaires, et, dans chacun de ces deux groupes, on classe à part les cas opérables complètement et les inopérables.

A ces chiffres inédits j'ai pu en joindre d'autres, tirés de la pratique des professeurs Le Dentu, Jeannel (inédits), Braquehaye (inédits), Cestan (inédits), Chalot (inédits), Bauby (inédits), Chavannaz (inédits), J.-L. Faure, ainsi que ceux des quelques cas que j'ai pu opérer et suivre.

Je puis ainsi résumer les résultats dans ce tableau :

Ancienne technique.		Méthode de Halsted.
Mortalité opératoire...........	17 %	2,10 %.
Récidive locale...............	66 —	10,5 —
Survie......................	10 —	50 — et au delà.

Il semble donc que j'aurais pu conclure d'une façon ferme; je ne l'ai pas fait parce que les documents sont encore peu nombreux et récents, souvent sans contrôle histologique, et que la technique n'est pas toujours suivie à la lettre.

Toutefois, on peut mesurer le chemin parcouru et enregistrer les avantages obtenus; ils sont indéniables. Une plus grande proportion de succès, des survies plus longues, des récidives tardives, tel est le bilan de la méthode nouvelle. C'en est assez pour penser que c'est la voie à suivre et espérer que les résultats seront d'autant plus nombreux qu'on opérera tôt et très largement, à tel point que, pour une petite lésion, on devra faire une extirpation du sein, des pectoraux, des ganglions axillaires et sus-claviculaires. Dans ces conditions, on préviendra l'extension du mal; l'opération sera donc *curative* parce que *préventive*. Dans les autres cas, actuellement les plus fréquents, on devra encore opérer à la manière de Halsted, car c'est la meilleure des opérations palliatives, en ce qu'elle emporte la tumeur et ses dépendances accessibles et supprime le foyer producteur des embolies néoplasiques. C'est ainsi que je crois devoir formuler une opinion sur cette opération

de Halsted, qui réalise un grand progrès, puisqu'elle apporte au chirurgien l'espoir d'arracher pour toujours, ou plus souvent pour un temps assez long, les cancéreuses à leur martyre.

3. **L'amputation du sein par le procédé mixte de Halsted-Gangolphe.** — *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 5 mai 1901.

J'ai parlé plus haut de la technique de Gangolphe (les trois pédicules vasculaires de l'acromio-thoracique, de la thoracique longue et de la scapulaire postérieure à qui sont appendues les masses ganglionnaires); dans mes deux premières opérations, je l'ai utilisée, et j'ai pu constater la facilité avec laquelle je trouvais les ganglions axillaires avant d'intervenir sur le sein. M. le professeur Le Dentu[1], faisant allusion à mon article, a bien voulu dire que cette modification de l'opération de Halsted méritait d'être conseillée.

4. **Resultats de quelques larges autoplasties après l'extirpation du sein.** — *Société anatomo-clinique* et *Toulouse médical*, 14 novembre 1901.

Je pus montrer la réparation prompte et parfaite des vastes pertes de substance succédant à l'opération de Halsted, et cela grâce aux lambeaux thoraco-abdominaux. L'une de ces malades avait subi, à quelques mois d'intervalle, l'ablation des deux seins, et, à chaque opération, j'utilisai d'un côté et M. Cestan de l'autre un large lambeau thoraco-abdominal que nous remontâmes, par décollement, au niveau de la plaie axillaire (fig. 35 de mon livre). Dans un autre cas, c'était le sein du côté opposé qui avait fourni l'étoffe; la cyclopie mammaire dura peu, car, au bout de quelques semaines, le sein transplanté était revenu à sa place (fig. 29 et 37 de mon livre). Enfin, dans un cas de récidive locale, dans la cicatrice, je me trouvai gêné pour combler la brèche que je venais de faire par l'extirpation du noyau suspect, car la peau adhérait au plan costal; j'eus recours à un petit lambeau pris à

1. Le Dentu, *Cancer du sein*, 1902.

l'italienne sur le bras voisin, ce qui me donna un lambeau bien nourri et qui prit d'une façon parfaite.

5. **Ligature des troncs veineux axillaires dans une amputation du sein, absence d'œdème.** — Communication à la Société de chirurgie, le 31 juillet 1902; M. Demoulin, rapporteur.

Au cours d'une extirpation de ganglions axillaires, dans un cas avancé, je rencontrai des masses ganglionnaires tellement adhérentes à la veine axillaire que, dans la dissection, le vaisseau se déchira en trois ou quatre points. Je voulus faire l'hémostase par la ligature latérale, mais j'éprouvai les plus grandes difficultés, qui se changèrent vite en impossibilité, car les parois de la veine cédaient sous la pression des pinces et l'hémorragie se reproduisait; tenter la suture était encore plus malaisé : l'étoffe ne tenait pas le fil. Je me résolus à la ligature de la veine en haut et en bas de l'aisselle. De plus, au cours de la dissection, les autres troncs afférents avaient été liés et j'avais des craintes sur l'avenir de la circulation du membre.

Le lendemain et jours suivants, pas le moindre œdème ni troubles trophiques ou autres du membre. Je m'expliquai le fait en ce que la voie collatérale décrite par Langer et Kadyi, qui entoure l'artère humérale, avait dû prendre la fonction de voie principale depuis que la veine axillaire, comprimée et envahie par la néoplasie, ne pouvait plus suffire à son rôle.

J'ai fait alors quelques injections sur le cadavre et j'ai été assez heureux pour retrouver et étudier les mailles de ce réseau périartériel, et je conclus que c'était à sa situation postérieure à celle de la veine qu'il devait d'avoir échappé à l'envahissement du cancer.

Le traitement du cancer du sein par la méthode américaine. — Observations fournies à la thèse du Dr Oulié (Toulouse, novembre 1910.)

6. **Adénome du sein à transformation maligne; formes de passage.** — *Société anatomo-clinique de Toulouse*, 20 janvier 1910.

Dans une même tumeur, bénigne cliniquement, le microscope montra dans certaines coupes l'aspect de l'adénome pur, avec membrane basale respectée; et dans d'autres coupes, l'élément épithélial multipliait abondamment ses cellules, effondrait la membrane basale, des cellules atypiques se disséminaient en boyaux térébrants, le tout indiquant le passage de cet adénome bénin à l'épithélioma. Ultérieurement, le sein a dû être enlevé, selon notre technique habituelle dans les néoplasmes malins de la mamelle.

II.

THORAX.

7. **Lee empyémee infantiles.** — Leçon clinique publiée dans le *Toulouse médical*, nº du 15 avril 1912.

Dans cette leçon clinique, j'ai cherché à établir que la pleurésie purulente infantile méritait une description à part, ce qui n'avait pas été encore fait. Elle a en effet certains caractères qui lui font une individualité bien nette. Ce sont : 1° la situation fréquemment interlobaire de la collection purulente qui l'expose à être longtemps méconnue et à demeurer latente pendant plusieurs semaines, car elle n'a pas de symptômes bien bruyants; 2° la souplesse, l'élasticité du thorax qui favorise le processus de réparation spontanée après l'évacuation du pus, condition si rare chez l'adulte qu'elle l'expose à des résections larges et compliquées. J'ai montré enfin une fois de plus la supériorité de la pleurotomie, suivie d'une petite résection pour le drainage, sur la simple ponction qui cependant garde encore à l'heure actuelle des partisans fidèles.

A propos d'un hémothorax à rechute dans une plaie pénétrante de poitrine et dee indications thérapeutiques en pareil cas. — Leçon clinique publiée dans le *Bulletin médical*, 26 août 1911.

La question de l'intervention chirurgicale et du meilleur moment de celle-ci dans les plaies pénétrantes de poitrine était encore, jusqu'au tout récent rapport de Lenormant (Congrès de Bruxelles, sept. 1911), diversement interprétée et, on peut le dire, selon les tendances personnelles de chacun. Or, dans la circonstance devenue d'une telle fréquence, il importait d'indiquer quels symptômes devaient imposer

l'heure et le choix de l'intervention. J'ai montré que l'accord se ferait notamment entre interventionnistes et abstentionnistes sur la surveillance de l'état du pouls et qu'on arrivait ainsi, d'après le dossier important de faits versés aux débats de la Société de chirurgie, à adopter une ligne de conduite d'expectation armée.

9. **Syphilome thoraco-pleural inextirpable guéri par une seule injection de 606** (présentation du malade huit mois après). — Communication à la Société de médecine de Toulouse, le 11 novembre 1911.

L'intérêt du cas réside dans le fait qu'il a suffi d'une seule injection non suivie du traitement mercuriel — prescrit cependant et non usité — pour donner une guérison manifeste qui se maintient encore à l'heure actuelle, un an après le traitement.

10. **Perforation congénitale du mésosternum.** — Communication à la Société anatomique de Paris, mai 1902.

C'est une perforation rare, siégeant à la partie inférieure du corps de l'os, sur une ligne qui joint les cinquièmes échancrures costales droite et gauche et bien sur la ligne médiane. C'est une malformation régressive qui trouve son explication dans l'anatomie comparée.

11. **Masque ecchymotique de la face et du cou par compression brusque du thorax.** — Observations fournies à la thèse d'Alary, 1911.

III.

TÊTE ET COU.

12. **Neurorrhexis et chromolyse dans la névralgie trifaciale.** — *Province médicale*, 28 septembre 1907.

A la suite d'un traumatisme quelconque sur un nerf périphérique, moteur ou sensitif, il va se produire au bout de quelques jours, dans les cellules d'origine des fibres constituantes de ce nerf, des modifications réactionnelles profondes qui sont connues sous le nom de chromolyse. Celle-ci se traduit par la dissolution brusque des blocs de substance chromatique imprégnant le réseau protoplasmique des cellules nerveuses en connexion avec les nerfs périphériques. D'autre part, on sait que l'intensité de ces phénomènes chromolytiques varie suivant la distance du corps cellulaire à laquelle s'est produit le trauma. Mais ce processus réactionnel est bientôt suivi du processus réparateur se traduisant par la réfection des éléments chromophiles. Ce retour à l'état normal correspond à la reprise des fonctions physiologiques et doit coïncider avec la réapparition des crises douloureuses. Il y a donc un double processus (réaction chromolytique, puis réparation) à la suite des sections nerveuses; s'il y a eu simple élongation, compression, ligature, la chromolyse sera passagère et rapide la restauration. Dans les cas d'arrachement, la chromolyse devrait par suite être définitive, sans restauration; mais si celle-ci se produit, c'est que l'arrachement a été incomplet, partiel seulement. Ces considérations entraînent des déductions opératoires sur la meilleure technique de neurorrhexis, en particulier du trijumeau, préconisée par Van Gehuchten.

13. **Myxo-sarcome des méninges.** — *Toulouse médical*, 15 janvier 1906.

Il y eut ici une longue absence de symptômes révélateurs de la vraie nature du mal, puis subitement une marche envahissante vers le crâne, la face et le cou, d'où surgirent d'invincibles difficultés opératoires. La trépanation décompressive amena une sédation, un arrêt de quelques semaines. Puis vint une torpeur spéciale qui fit l'intérêt de cette deuxième phase de la maladie et que l'on peut attribuer à la toxémie par produits des cellules néoplasiques.

14. **Mastoïdite et thrombo-phlébite sinuso-jugulaire.** — En collaboration avec M. le Pr agrégé Bardier, publiée dans les *Annales des maladies de l'oreille, du larynx*, etc., n° 2, 1906, p. 141.

Cette observation montre quelles réserves il faut faire sur les signes classiques de la phlébite du sinus; ici, ils étaient plutôt négatifs, et cependant l'autopsie prouva le contraire. Le cordon induré de la jugulaire n'est pas toujours si facile à sentir; le sinus peut battre dans le cas de thrombus seulement pariétal, comme c'était ici le cas, le frisson n'a pas cette allure bruyante qui convient pour un diagnostic ferme. Aussi faut-il ne pas trop se laisser rassurer par ces signes bénins et plus sagement incliner à plus de gravité et aller jusqu'à la ligature de la jugulaire.

15. **Anomalie de l'artère linguale au point de vue opératoire.** — En collaboration avec M. Florence, prosecteur. *Société anatomique de Paris*, juillet 1903.

La ligature de la linguale dans le petit triangle antérieur de Pirogoff a une réputation de constante facilité qui est peut-être usurpée, ainsi que nous l'ont montré quelques recherches au cours des travaux de médecine opératoire. Nous avons remarqué qu'il y avait des anomalies de situation du digastrique qui portaient le tendon intermédiaire plus haut que de coutume; dès lors, le triangle de Pirogoff n'existait plus; enfin, le trajet de l'artère, au contact immédiat du bord supérieur

de l'os hyoïde, était fait pour dérouter les débutants. Par contre, les rapports étaient plus constants dans le triangle postérieur, dit de Béclard, et c'est là, près de la carotide externe, au contact du bord supérieur de l'os hyoïde, que l'on découvrira sûrement l'artère linguale. Je suis revenu sur ce point de technique, dans mon livre sur les ligatures d'artères.

16. **Laryngectomie totale en un temps.** — *Société de médecine de Toulouse*, 21 novembre 1910.

Dans la discussion encore pendante pour savoir s'il est préférable d'enlever le larynx cancéreux en une ou deux séances, avec trachéotomie faite dans la première, j'apporte une observation montrant l'exagération des reproches de gravité faits à la laryngectomie en un temps. M'inspirant des idées de M. le professeur Jeannel et du Dr Escat, j'ai fait ici l'opération en une seule séance (trachéotomie et laryngectomie) et, grâce aux soins minutieux de tous les instants, pris après l'opération, pour éviter les complications pulmonaires, j'ai pu montrer un résultat parfait et qui se maintient encore, au point de vue de l'effet thérapeutique. Avec les maîtres dont je viens de parler, je ne crois pas nécessaire de faire l'opération en deux séances, à moins d'indications particulières. La tendance des chirurgiens et des spécialistes modernes irait plutôt à l'opération en deux séances; mais le débat n'est pas épuisé et cette observation peut y être versée utilement.

17. **Ligature unilatérale des gros vaisseaux du cou dans une ablation de cancer thyroïdien.** — *Société de médecine de Toulouse*, 11 février 1910.

La ligature des gros vaisseaux n'eut pas les funestes effets habituels, et cette bénignité peut s'expliquer par le fait que les vaisseaux comprimés par la tumeur avaient à peu près cessé leurs fonctions.

18. **Hématocèles thyroïdiennes.** — *Société anatomo-clinique*, 20 mars 1909.

Deux observations d'hémorragies dans des kystes thyroïdiens, dues à l'effort chez l'une, à la congestion menstruelle chez l'autre.

19. **Note sur deux variétés rares de fractures du rachis.** — *Société de médecine*, 21 juin 1898, et *Languedoc médico-chirurgical*, 1er août 1898.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une de ces fractures du rachis cervical sans symptômes médullaires que André et Jules Bœckel ont étudiées dans ces tout derniers mois. A l'époque où je publiais mon observation, cette particularité n'avait pas été aussi bien mise en lumière. Chez mon malade, il y avait une simple fêlure du corps de la quatrième et de la cinquième cervicales; il ne présenta pas l'anesthésie spéciale décrite par Chipault et succomba un mois après à des accidents pulmonaires fortuits et étrangers à sa fracture. N'étaient l'autopsie et les commémoratifs d'une chute spéciale, rien n'aurait fait soupçonner une fracture.

Le deuxième cas concerne une fracture plus bas située puisqu'elle intéressait à des degrés divers la troisième, la quatrième, la cinquième dorsale. La moelle était réduite à un ruban mince, absolument libre dans le rachidien.

20. **Adénite génienne sous-muqueuse suppurée.** — *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 30 juin 1900.

21. **Sous-maxillite et parotidite suppurée par infection canaliculaire.** — *Languedoc médico-chirurgical*, octobre 1899.

22. **Sarcome pur de la parotide.** — *Toulouse médical*, 15 mai 1908.

Observations fournies à la thèse du Dr Baudet, Toulouse, 1908 (*Chirurgie du cancer de la langue*).

Observations fournies à la thèse du Dr Guilhem, Toulouse, 1896 (*Les lipomes sous-périostiques de la région frontale*).

Observations fournies à la thèse du Dr Seilhan, Toulouse, 1911 (*Tuberculose de la voûte du crâne*).

VI.

ABDOMEN.

A) PAROI ABDOMINALE.

23. **Note sur le système veineux para-ombilical et ombilico-vésical.** — *Société anatomique de Paris*, mai 1902.

Les recherches anatomiques auxquelles je me suis livré au sujet de ma revue générale sur les dérivés pathologiques de l'ouraque m'ont permis de constater que sur soixante parois abdominales disséquées, il existait d'une façon constante : 1° deux veines para-ombilicales aboutissant aux veines porte, à côté du ligament de la veine ombilicale qu'elles flanquent latéralement, et 2° une veine centrale intra-ligamentaire, la veine centro-ombilicale de Wertheimer. Cette veine avait deux petites branches, droite et gauche, qui venaient s'anastomoser à plein canal avec chacune des deux veines para-ombilicales, ce qui est important dans un cas de cirrhose, comme j'ai pu m'en assurer dans une autopsie. Enfin, chose importante pour la circulation porte complémentaire, j'ai noté la présence du plexus anastomosant sur les côtés de l'ombilic, la terminaison des veines para-ombilicales et des veines vésico-ombilicales; donc il y aurait anastomose entre les veines vésicales et la circulation porte.

Ces données anatomiques ont été confirmées presque au même moment par Joris, en Belgique, qui faisait des recherches parallèlement aux miennes. M. le professeur Testut, dans les dernières éditions de son *Traité d'anatomie*, m'a fait l'honneur de rappeler mes recherches et de montrer leur intérêt pathologique.

24. **Anastomose spontanée pariéto-épiploïque chez un cirrhotique.** — *Société anatomo-clinique*, 25 janvier 1910, et *Toulouse médical*, mars 1910.

Au moment de faire une omentopexie de Talma, je trouvai l'épiploon adhérant fortement à la paroi abdominale; il y avait donc une omentopexie spontanée, ce qui n'avait pas empêché l'ascite de se produire. Ce cas n'est pas isolé et peut servir d'argument contre cette opération de Talma, aujourd'hui délaissée.

25. **Épithélioma de l'ombilic consécutif à un cancer du foie.** — *Toulouse médical*, 15 mai 1908.

26. **Hernie épigastrique étranglée.** — *Société anatomo-clinique*, 5 juin 1910, et *Toulouse médical*, 1910, en collaboration avec le Dr Baudet.

L'intérêt du cas réside surtout dans sa rareté, car les exemples se comptent, au dire de Dujarrier.

B) VISCÈRES ABDOMINAUX. — ESTOMAC.

27. **Un cas de tumeur égagropile.** — *Gazette médico-chirurgicale de Toulouse*, 1er février 1893.

Un cadavre, venu de l'asile d'aliénés pour le service de médecine opératoire, présentait une telle voussure dans la région de l'hypochondre gauche que j'incisai la paroi abdominale, et je sentis l'estomac bourré de plusieurs masses dures. L'estomac ouvert, j'en retirai cinq blocs de poils, gros chacun comme une pomme, de forme irrégulièrement prismatique.

Il s'agissait de tumeurs pileuses, d'égagropiles. En outre, l'abdomen était cloisonné de fausses membranes unissant entre elles plusieurs anses grêles.

28. **Les égagropiles du tube digestif chez l'homme.** — Revue générale; *Gazette des Hôpitaux*, 31 janvier 1903.

Les recherches que je fis au sujet du cas précédent me montrèrent que la question était peu connue en France et, en tout cas, n'avait jamais été l'objet d'un travail d'ensemble. Aussi, ai-je entrepris de rassembler tous les faits connus de tumeurs pileuses véritables, et non celles décrites sous ce nom qui englobent également les agglomérations de fibres végétales. Enfin, c'est des tumeurs observées chez l'homme que je voulais m'occuper, puisque ce sont elles que peut avoir à traiter le chirurgien.

Ces tumeurs siégeant en divers points du tube digestif, il y avait lieu de les classer en : tumeurs gastriques pures, tumeurs gastro-duodénales, duodénales et jéjunales.

Étiologie. — C'est surtout la femme, et la femme jeune, qui fournit le plus grand nombre de malades. Ce sont des chlorotiques, des névropathes, des hystériques, des aliénées.

Anatomie pathologique. — Les tumeurs pileuses reproduisent la forme du viscère qui les contient.

Leur couleur est brune ou noirâtre; mais à la coupe, on voit que les parties centrales sont plus jaunes.

Elles sont constituées par un feutrage très serré de poils.

Symptomatologie. — Leurs symptômes cliniques n'ont rien de caractéristique, les troubles provoqués étant ceux des autres corps étrangers de l'estomac et de l'intestin. C'est cette indécision qui a fait commettre les erreurs de diagnostic les plus diverses pour chaque cas d'égagropile. Si, d'autre part, on se rappelle que les malades sont des hystériques, des idiots, des aliénés, on ne possédera aucun renseignement pour éviter les méprises.

C'est plusieurs mois, plusieurs années même après l'ingestion de poils ou de cheveux qu'apparaissent les douleurs et la diarrhée.

En même temps, une tumeur se montre sous le rebord costal gau-

che, pouvant, dans d'autres cas, siéger dans le bassin, mais toujours très mobile dans tous les sens, et indolore. Cette mobilité extrême est le seul signe particulier, car elle permet à la tumeur de disparaître par la pression sous les fausses côtes et de s'y cacher.

Cette tumeur finit par déterminer des phénomènes réactionnels plus intenses sur le tube digestif, l'état général s'aggrave et souvent la malade succombe à cette sorte de cachexie.

Ce qu'il y a de particulier, c'est l'évolution intermittente des accidents : à une période d'acuïté succède un calme trompeur, et bientôt après nouvelle crise.

Diagnostic. — Avec des symptômes aussi peu accusés, jamais le diagnostic véritable n'a été fait. On a tour à tour pensé à la rate, au rein mobile, au cancer de l'estomac, au fibrome de la paroi abdominale, à la péritonite tuberculeuse enkystée, au kyste du pancréas.

La difficulté est très grande de faire un diagnostic avant l'opération; peut-être pourra-t-on soupçonner la nature de la tumeur par sa mobilité dans tous les sens, sa disparition sous les fausses côtes (tumeur stomacale).

On pourra s'aider des moyens modernes de diagnostic : gastroscopie, radiographie stomacale (Balthazard et Kuhn, Lindemann).

Ces égagropiles insoupçonnés ou faussement diagnostiqués ont toujours conduit à la mort, soit d'une façon subite (rupture de l'estomac ou du duodénum, occlusion intestinale), soit après des mois et des années (anasarque, cachexie). Mais quand on a opéré à temps les malades, on a observé un retour rapide à la santé.

Le seul traitement qui convienne à ces tumeurs c'est la laparatomie suivie de l'ouverture de l'estomac ou de l'intestin.

29. **La dilatation aiguë post-opératoire de l'estomac.** — Tribut académique à la *Société de médecine de Toulouse*, le 21 février 1907; communication à la *Société de gynécologie, d'obstétrique de Toulouse*, le 5 février 1912, et fascicule en préparation pour la collection *l'Œuvre médico-chirurgical*, Masson, éditeur.

Cette complication des opérations chirurgicales, caractérisée par un ballonnement énorme du ventre, des vomissements bilieux abon-

dants et sans effort, par un pouls petit et fréquent, par des phénomènes rapidement inquiétants de collapsus, le tout contrastant avec une absence de l'élévation de température, avait été jusqu'en 1906 l'objet de communications éparses et le sujet avait enfin été porté à la tribune de la Société de chirurgie et des Congrès par Chavannaz et Reynier. De la discussion qui suivit, le problème pathogénique ne sortit pas élucidé, et dès ce moment on s'attacha à découvrir la cause de ces accidents singuliers et graves. A propos d'un cas personnel, consécutif à une néphrectomie transpéritonéale pour hydronéphrose, je fis quelques modestes recherches physiologiques au laboratoire de l'Ecole vétérinaire et ce furent ces premiers résultats — confirmés depuis par Bickel, de Berlin, en 1911 — et la critique des diverses opinions émises en France et à l'étranger qui formèrent la partie personnelle de mon premier mémoire à la Société de médecine de Toulouse, en 1907.

Je montrai que la théorie mécanique de l'occlusion aiguë primitive du duodénum par compression aortico-mésentérique ne répondait pas à la majorité des faits, et qu'en outre cette occlusion duodénale me paraissait être plutôt consécutive à la dilatation gastrique. Mais où résidait la cause de la gastrectasie primitive? Était-elle dans l'existence d'un pli valvulaire du cardia, dans l'acte inhibitoire d'un plexus solaire irrité, tiraillé, aux cours de certaines opérations abdominales (rénales, biliaires, intestinales), ou dans la parésie par infection plus ou moins atténuée de la séreuse (Terrier)? Tour à tour j'exposai les raisons qui me faisaient repousser ces interprétations qui ne pouvaient convenir à des faits où d'une part le péritoine et d'autre part certains viscères particulièrement sensibles n'avaient pas été intéressés par l'acte opératoire.

Sans doute, toutes ces explications étaient valables pour certaines catégories de faits, mais aucune d'elles ne pouvait s'appliquer à la généralité. Au demeurant, il me parut que ce syndrome gastroplégique pouvait être mis en jeu par les causes les plus variées (infection, action toxique des anesthésiques, traumatismes opératoires directs ou indirects sur les nerfs viscéraux ou les nerfs vagues), le tout amenant un phénomène d'inhibition, de paralysie motrice et par suite de dilatation avec congestion intense et transsudation dans la cavité (vomissements noi-

râtres et abondants). L'analogie avec les phénomènes de parésie réflexe de la vessie après des interventions sur la zone ano-génitale pouvait être soutenue, car ces accidents disparaissaient dans les deux cas à la suite d'un lavage ou même d'un simple cathétérisme. Depuis 1907, d'autres études ont été faites sur la question, et récemment Lardennois, Mathieu, Cheinisse ont soutenu le rôle important de l'aérophagie. Je suis loin de le nier, et il explique certains faits inexplicables par les théories précédentes ; je le range donc parmi les causes variées qui peuvent déclancher le syndrome gastroplégique. En somme, quel qu'en soit le motif déterminant, c'est toujours à un acte d'inhibition qu'il faut revenir.

Quant au traitement, c'est au lavage stomacal, seul ou aidé de la position ventrale de Schnitzler, qu'il faut recourir ; dans ces derniers temps, on semble délaisser le lavage au profit de la position ventrale, assurément plus facile à réaliser ; mais il ne faut pas oublier qu'il y a intérêt à débarrasser l'estomac et l'organisme des liquides exsudés de la paroi gastrique, et que le lavage remplit utilement ce rôle d'évacuation mécanique. On doit donc par suite combiner les deux manœuvres, répondant chacune à une indication précise.

30. **Gastro-entérostomie et accidents pulmonaires.** — *Société anatomo-clinique de Toulouse*, 5 février 1910.

Les complications pulmonaires après la gastro-entérostomie sont pratiquement les seuls dangers immédiats à redouter, à l'heure actuelle, depuis que les progrès de la technique mettent à l'abri du *circulus viciosus* et *a fortiori* des accidents septiques. Ces accidents pulmonaires sont de deux ordres, selon qu'ils sont dus à l'infection banale issue de la bouche des opérés dont on n'a pas suffisamment soin, réalisant une véritable pneumonie par déglutition de produits septiques, ou qu'ils sont liés à l'évolution d'une tuberculose pulmonaire. Des premiers, suffisamment connus, je n'ai pas voulu parler, mais il m'a paru intéressant d'attirer l'attention sur les autres accidents — tuberculeux — parce qu'ils sont moins connus et surprennent par leur apparition inopinée. C'est à propos d'un malade opéré de G. E., non tuber-

culeux, en apparence du moins auparavant, et qui succomba six mois après à des lésions bacillaires très nettes, que j'ai fait quelques recherches, point de départ de cette petite étude.

L'infection pulmonaire prend ici d'habitude la forme de la bronchopneumonie et cette infection se verrait dans la proportion de 20 à 27 p. 100 des cas. La cause de la provenance est vraisemblablement l'inoculation du système lymphatique ou sanguin par une lésion ulcérée du tube digestif, ainsi que le prouve l'expérimentation sur les bovidés.

Il y a donc une indication nette à prendre les mesures chirurgicales les plus précoces dans les cas d'ulcère chronique ne bénéficiant plus du traitement médical, pour éviter la greffe du bacille de Koch sur l'ulcère.

31. **De la gastro-entérostomie dans la maladie de Reischmann.** — *Société de médecine de Toulouse*, 11 juillet 1906.

Dans un cas absolument désespéré de cette affection, avec tétanie gastrique, la G. E. eut les plus heureux et les plus rapides effets. Je puis dire aussi les plus durables, car voici six ans bientôt que le malade a été opéré et tout symptôme de son affection stomacale a disparu ; c'est le bon résultat un an après l'opération que je présentai à la Société de Médecine, et en janvier 1909 je fis part de la permanence de la guérison dans une communication orale que M. le Dr Bazy fit à la Société de chirurgie, sans qu'il ait cependant fait un rapport là-dessus.

32. **Cinq cas de chirurgie gastrique.** — *Société de médecine de Toulouse*, 9 novembre 1906.

A propos de ces cinq cas, opérés pendant une suppléance du professeur E. Cestan, j'ai montré que les divers procédés de gastrostomie essayés chez des cancéreux ou des rétrécis de l'œsophage ne m'avaient pas donné grande satisfaction, au sujet de la continence de la bouche gastrique. Quoi qu'on fasse, la sphinctérisation de celle-ci est illusoire. et au bout de quelques jours les trajets les plus obliques se redressent, le rejet des liquides à l'extérieur, la disjonction des bords de la plaie se réalisent.

33. **Volumineux cancer latent de l'estomac; gastrectomie totale.** — *Société anatomo-clinique*, 20 janvier 1910.

34. **Indications fournies par la radiologie au diagnostic et au traitement dee affections chirurgicales de l'estomac et de l'intestin.** — *Rapport au 25me Congrès de chirurgie*, octobre 1912, en collaboration avec M. le Dr Béclère (de l'Académie de médecine).

C) INTESTINS.

Diverses formes d'occlusion ont été réalisécs dans les observations ci-dessous.

35. **Infarctus hémorrhagique de l'intestin grêle par oblitération embolique artérielle chez un syphilitique.** — *Province médicale*, 2 avril 1909.

Bien que l'affection ait affecté l'allure d'une occlusion intestinale, on s'est trouvé, à l'opération et à l'autopsie, en face d'une lésion d'oblitération artérielle, due chez ce malade à la syphilis. A ce propos, dans ce travail, les diverses complications pathogéniques sont passées en revue, le mécanisme différent de l'oblitération artérielle par thrombose ou par embolie est exposé et le cas personnel classé dans le processus embolique.

36. **Occlusion intestinale par volvulus du grêle au cours d'une grossesse de trois moie.** — *Annales de gynécologie*, janvier 1912.

L'occlnsion intestinale au cours de la grossesse est toujours d'un très sévère pronostic et la conduite à tenir est, du fait de la gravidité, souvent fort délicate. La gravité n'a pas résidé seulement ici dans les manipulations au contact d'un utérus gravide, mais surtout dans le siège élevé du volvulus. L'occlusion est, en effet, d'autant plus sérieuse que l'obstacle siège haut sur l'intestin, près du duodénum. La morta-

lité des cas non opérés est encore plus grande que celle des cas où l'on est intervenu.

37. **Volvulus de l'iléon.** — *Société de médecine*, 11 mai 1907.

38. **Remarques sur deux cas d'occlusion intestinale.** — *Toulouse médical*, 15 novembre 1901, en collaboration avec M. le Pr E. Cestan.

39. **Un cas de volvulus du cæcum.** — *Province médicale*, 15 septembre 1906.

Cette forme particulière d'occlusion n'a été bien établie que par les travaux de ces dernières années sur le cæcum mobile et les recherches anatomiques de l'École lyonnaise sur les moyens de fixité du cæcum. Ce n'est que par la conception d'un méso-cæcum anormal qu'on peut expliquer la mobilité du cæcum lui permettant de se couder, de s'enrouler sur lui-même pour former un volvulus. Après avoir examiné la symptomatologie de la forme bénigne, le cæcum mobile de Haussmann et la forme d'iléus, j'ai pu rattacher mon cas personnel à cette dernière. Cet iléus a eu l'évolution de toute occlusion intestinale aiguë par étranglement, évolution rapide, car le sujet succomba en quarante-huit heures après le début des accidents, et en dépit d'une sorte d'accalmie trompeuse. Le diagnostic de cette variété d'occlusion ne put être fait, à cause de la rareté des faits et de la nouveauté de la question à cette époque.

40. **Sur un cas de péri-sigmoïdite tuberculeuse chronique et sténosante coïncidant avec un énorme kyste ovarique. Accidents d'occlusion aiguë.** — Communication à la *Société de chirurgie de Paris*, 4 novembre 1908. M. le Dr Schwartz, rapporteur, page 118 du *Bulletin de la Société de chirurgie*.

L'occlusion aiguë résulta ici d'un processus particulier de rétrécissement progressif et lent dû à une propagation tuberculeuse de la trompe gauche au côlon pelvien. Ce cas rentre dans la catégorie des rétrécissements péri-sigmoïdiens apportés par Lejars, Potherat et Routier à la Société de chirurgie, et étudiés récemment dans le mémoire complet de Küss, où d'ailleurs cette observation est citée.

41. **Corps étrangers volumineux de l'intestin** (deux manches de cuiller). — Communication à la *Société de chirurgie*, 27 novembre 1901 (M. le Dr Rochard, rapporteur), et publiée dans les *Bulletins de la Société de chirurgie*, p. 1078.

Les corps étrangers volumineux déglutis par des aliénés et séjournant dans l'estomac ne sont plus une rareté, mais des corps aussi volumineux que les deux manches de cuiller que j'ai extraits sans difficulté par entérotomie rendue inoffensive grâce à des adhérences pariétales constituaient, au dire de M. Rochard, mon rapporteur, une éventualité sans autre exemple connu. Il fut curieux de noter que ces cuillers avaient franchi sans encombre le défilé pylorique et les flexuosités de l'intestin jusqu'à arriver au voisinage du cæcum. C'est, en effet, dans la fosse iliaque droite que se montra l'abcès qui me mit sur la voie des corps étrangers en exode vers l'extérieur.

42. **Kyste chyleux du mésocôlon ascendant.** — *Revue de chirurgie*, décembre 1909.

Tumeur d'un diagnostic très difficile, prise pour une tumeur pararénale, étant donné sa situation profonde et la présence d'une bande d'intestin au-devant d'elle. L'extirpation en fut impossible, et il fallut terminer par une marsupialisation.

43. **Sarcome du mésentère.** — *Société anatomo-clinique*, 5 janvier 1910.

44. **Pseudo-kyste du pancréas (kyste hématique de l'arrière-cavité des épiploons).** — Leçon clinique publiée dans le *Bulletin médical*, 26 août 1911.

Survenu à la suite d'une contusion brusque de la région épigastrique, ce kyste hématique développé entre l'estomac et le côlon transverse simulait un kyste pancréatique, et on aurait fait ce diagnostic, n'était la donnée de l'origine traumatique. A l'incision, la tumeur fut reconnue être logée dans l'arrière-cavité des épiploons ; elle fut largement ouverte et drainée. Ce cas fut l'occasion de rappeler les signes de diagnostic différentiel des tumeurs diverses de la région.

45. **Dégénérescence scléro-lipomateuse d'un sac herniaire crural et phénomènes d'étranglement.** — *Société anatomo-clinique*, 21 novembre 1910, en collaboration avec M. Jauréguiberry, interne.

46. **Un cas d'hépaticotomie pour calcul.** — *Archives provinciales de chirurgie* octobre, 1902, p. 637.

Des opérations de chirurgie biliaire, l'hépaticotomie était — au moins en 1902 — la moins souvent pratiquée puisque je n'en pus réunir que onze observations, et Delagénière, deux ans plus tard, n'en rapportait en tout qu'une quinzaine, ce qui est relativement peu, en comparaison du pourcentage des autres interventions sur les voies biliaires. Dans ce cas personnel, cette taille de l'hépatique fut décidée, le ventre ouvert et en présence de la situation élevée du calcul. Celui-ci fut extrait sans grande difficulté et j'ai drainé sans suture, comme dans la cholédochotomie.

Quatre observations d'abcès du foie fournies à la thèse du Dr Duppla sur le *Traitement des abcès du foie* (Toulouse, 1902).

D) APPENDICE ILÉO-CÆCAL.

Une fois bien établis les symptômes de l'appendicite et bien discutés l'heure et le mode de traitement, qui furent les côtés primordiaux de la question, il restait à éclairer sinon à compléter ces données cliniques par des recherches sur la situation haute ou basse de l'appendice, sur la fréquence d'apparition aux divers âges de la vie, sur les propagations de voisinage de l'affection et même sur ses rapports plus ou moins directs avec des affections générales. J'ai fait porter mes recherches sur certains de ces petits côtés d'une aussi vaste question et j'ai essayé de donner quelques précisions anatomiques et cliniques.

Il faut considérer d'abord l'appendice comme un organe en pleine

évolution anatomique; il tend à une régression progressive, et présentera des anomalies nombreuses, stigmates de cette régression; ce fut l'origine de mon étude sur l'appendice sénile.

Sa situation topographique est non moins variable, et sans compter que le cæcum présente lui-même des variations considérables dans sa situation, l'appendice est tantôt pelvien, tantôt iliaque, tantôt rétro-cæcal, rétro-colique, et il est bien évident que l'appendicite développée dans chacune de ces diverses situations de l'organe aura une physionomie clinique chaque fois bien différente. Tel fut le point de départ de mon étude sur l'appendicite rétro-cæcale.

47. **De l'appendice sénile** (étude anatomique et clinique). — *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, avril 1907.

48. **Un cas d'appendicite à forme néoplasique.** — *Société anatomo-clinique*, 20 septembre 1908.

L'opinion générale que l'appendicite est surtout une maladie de la jeunesse et de l'adulte est un peu trop absolue, car elle fait bon marché d'un certain nombre d'appendicites survenues à un âge plus avancé, voire même dans la vieillesse. Mais les lésions anatomiques et les signes cliniques correspondants ne seront pas les mêmes que dans l'appendicite juvénile qu'on a surtout en vue dans les descriptions classiques.

L'appendice est un organe en évolution et présentant des altérations régressives; j'ai pu faire systématiquement des examens macroscopiques et histologiques d'une centaine d'appendices de tous âges recueillis de tous côtés, à la salle d'opération comme à la salle d'autopsie, ce qui m'a permis de dire que, passé cinquante ans environ, l'appendice oblitérait sa cavité, étouffant par suite ses follicules, ce qui le rendait impropre aux formes ordinaires de l'appendicite. J'ai constaté histologiquement, en effet, la disparition presque totale de l'appareil folliculaire où naît la lésion primordiale de l'appendicite. Plus ou moins tard après cet âge, l'appendice devient un bloc fibreux. Sans doute on pourra voir des exceptions à cette règle sous forme d'appendicites avec folliculite, abcès, etc., mais cela prouvera que la sénilité avec ses lésions d'involutions a tardé à venir.

Par contre, l'appareil lymphatique du cæcum sénile ne subirait pas les mêmes lésions de régression, et il se pourrait que quelques soi-disant appendicites des vieillards analogues aux appendicites juvéniles ne soient que des typhlites ou des pérityphlites. Loin de moi la pensée de vouloir déposséder l'appendice au profit du cæcum dans les affections de la fosse iliaque, mais il y a eu peut-être exagération à proscrire tout à fait le cæcum de cette pathologie régionale. D'autre part, quand cette appendicite sénile se produit — car je n'ai pas dit qu'elle n'existait pas — elle évolue avec plus de lenteur que dans un âge moins avancé, ce qui tient évidemment au ralentissement des réactions chez le vieillard; la chose est bien connue en pathologie urinaire. Une forme assez curieuse de cette appendicite sénile est la forme pseudo-néoplasique provoquée par un abcès profond qui a édifié autour de lui une épaisse coque d'adhérences. J'en avais observé un cas à l'hôpital en 1908 et un certain nombre depuis que mon attention a été attirée sur cette particularité. En somme, l'appendicite sénile est moins fréquente que chez l adulte ou l'enfant; mais quand elle se produit, elle n'a jamais les mêmes allures bruyantes : elle affecte certaines formes lentes et sournoises qu'il faut s'attacher à reconnaître, faute de quoi le temps serait passé pour venir au secours d'un organisme lentement miné et qui ne peut faire les frais d'une réaction salutaire.

L'appendicite sénile, thèse du Dr Armaingaud, Toulouse, 1909. (Thèse inspirée par les recherches précédentes.)

49. **L'appendicite rétro-cæcale.** — Leçon clinique publiée par le *Toulouse médical*, 15 mai 1912.

50. **Appendice rétro-cæcal et syndrome cholécystique.** — *Presse médicale*, 3 avril 1909.

La situation rétro-cæcale de l'appendice est moins rare qu'on ne le pense, puisque les dernières statistiques l'ont notée dans la proportion de 20 à 38 °/₀ des cas chez des sujets sains. Il semble même qu'à l'état pathologique, par suite d'un mouvement de bascule du cæcum, cette situation postérieure serait plus fréquente encore. Quoi qu'il en soit, il y aura lieu d'y penser lorsque feront défaut, dans la fosse iliaque, les

symptômes habituels de l'appendicite. Dans la forme rétro-cæcale, tous les symptômes sont en arrière, dans la région lombaire, et on pense alors volontiers à des phlegmons périnéphrétiques, à des psoïtis, à des abcès du foie même, sauf à l'appendicite. Assurément, l'erreur est excusable, faute de nombreux signes cliniques analogues à ceux de l'appendicite antérieure; mais si l'on tient compte précisément de cette absence de signes antérieurs concordant avec une douleur lombaire et un empâtement profonds, accompagnés parfois de voussure et d'œdème, on sera sur la voie du diagnostic. On ne s'exposera pas à laisser évoluer cette appendicite pendant des semaines pour n'ouvrir qu'au moment d'une perforation cæcale. Cette longue et sourde évolution tient précisément au siège particulier de l'appendice; avec un appendice antérieur, les événements se précipiteraient plus vite.

Cet appendice rétro-cæcal propage son infection, sous forme de phlegmon sous-péritonéal, en bas vers le psoas, donnant la psoïte appendiculaire, en haut vers l'atmosphère celluleuse du rein, vers le foie, la loge sous-phrénique, et finalement la plèvre et les bronches. Rarement l'abcès vient s'ouvrir dans la cavité péritonéale qui, dans le cas d'appendice vraiment rétro-cæcal, est défendue par une solide barrière d'adhérences.

Quand l'infection se propage au foie ou bien quand elle frappe en même temps la vésicule et l'appendice qui sont deux diverticules intestinaux également susceptibles, on a simultanément, ou presque, les deux syndromes cholécystique et appendiculaire. Le syndrome cholécystique est habituellement passager et laisse vite la place au syndrome appendiculaire, qui domine la scène.

Observations fournies à la thèse de M. Pressac : *L'appendicite rétro-cæcale*, 1910.

51. **Vrais et faux points appendiculaires.** — Revue critique : *Toulouse médical*, 15 juillet 1910.

Le point dit de Mac Burney a perdu, dans ces dernières années, la valeur diagnostique qu'on lui avait libéralement accordée jadis. Les études sur la migration du cæcum et, par suite, de l'appendice, les

situations anormales congénitales ou pathologiques de celui-ci ont fait reconnaître une topographie plus variée de la douleur provoquée ou spontanée au point d'insertion du vermain. Telle est l'origine du point de Lanz; mais on a trouvé des lésions intestinales ou péri-intestinales qui donnent des points douloureux qu'on peut confondre avec les points appendiculaires; d'où la nécessité d'établir une topographie détaillée de ces vrais et faux points appendiculaires.

Au demeurant, ces variabilités dans la recherche de la douleur sont secondaires et on ne doit y attacher d'importance que tout autant qu'elles concordent avec des signes plus certains d'appendicite. A elle seule, par suite, la douleur en ces points n'a pas grande valeur; elle n'en acquiert que si elle est jointe à d'autres symptômes.

52. **Appendicite chronique et tuberculose.** — *Société de médecine*, 21 juin 1911.

L'appendicite chronique d'emblée, par ses traits mal accusés, sans relief, a pu souvent être méconnue et en imposer pour une tuberculose pulmonaire, ainsi que l'ont montré récemment Faisans, Brunon, Walther.

Après avoir montré, d'après une série de publications récentes, que l'appendicite chronique doit parfois être dépistée au milieu de symptômes divers pouvant égarer le diagnostic, j'ai rangé les faits, relativement à la tuberculose, en trois catégories :

1° *L'appendicite chronique peut simuler la tuberculose pulmonaire.* — Cette forme serait assez fréquente, et je rapporte l'observation d'un enfant qui présentait les indices d'une tuberculose pulmonaire au début et chez lequel le régime ordinaire des tuberculeux ne fit qu'aggraver les troubles existants, notamment les troubles gastro-intestinaux. Je pus faire le diagnostic d'appendicite, et l'ablation de l'appendice, qui ne présentait aucune lésion tuberculeuse, amena une guérison rapide, maintenue depuis deux ans.

2° *Les tuberculeux peuvent être atteints d'appendicite chronique.* — Je rapporte l'histoire de deux malades, chez lesquels des antécédents tuberculeux faisaient craindre, en présence d'accidents appendi-

culaires, une tuberculose iléo-cæcale, chez l'un d'eux notamment qui était porteur d'un gros plastron.

Dans les deux cas, l'intervention montra des lésions d'appendicite chronique, sans lésions tuberculeuses.

3° Enfin, dans une dernière catégorie de faits, la tuberculose frappe à la fois le poumon et l'appendice. Je cite l'observation d'une religieuse phtisique, atteinte d'appendicite très nette. Je trouvai un appendice méconnaissable, entouré de gros ganglions tuberculeux avec un cæcum absolument sain.

L'opération améliora l'état général et la religieuse put reprendre en partie son service.

En résumé, les rapports entre l'appendicite chronique et la tuberculose pulmonaire sont complexes et bien mal connus encore. J'ai réuni des faits s'accordant avec les divers aspects de ce double processus, et il faut retenir : 1° qu'on doit toujours soupçonner et rechercher l'appendicite chronique en face de symptômes simulant la tuberculose pulmonaire, *sans signes locaux nets ;* 2° qu'en présence de l'appendicite chronique, avec ou sans tuberculose pulmonaire, il faut opérer au plus vite, la tuberculose constituant une indication plutôt qu'un obstacle à l'opération, et les résultats seront satisfaisants, surprenants parfois par leur répercussion sur l'état général.

Thèse inspirée, sur le même sujet (5 observations), au Dr Hourcade, Toulouse, 1912, 28 mai.

53. **Appendicite et péricystite suppurée.** — *Société de médecine*, 1er février 1906.

L'appendicite se manifesta ici surtout par des phénomènes vésicaux (pollakiurie, pyurie) qui firent craindre une perforation vésicale, qui heureusement ne se produisit pas ; l'ablation de l'appendice et le drainage de l'abcès autour de la vessie firent cesser les accidents.

54. **Péritonite purulente généralisée par perforation appendiculaire à forme ambulatoire.** — *Toulouse médical*, 1er septembre 1909, en collaboration avec M. Étienne Roques, interne.

En matière de péritonite appendiculaire, il est souvent téméraire de conclure du tableau clinique au type anatomique des lésions. Elle revêt

souvent des formes cliniques déconcertantes, témoin ce malade auquel les souffrances très tolérables ont permis de traîner en ville une péritonite purulente pendant trois jours. A l'ouverture du ventre, nous avons trouvé une grande quantité de pus libre dans l'abdomen.

55. **Hernie de l'appendice.** — *Société anatomo-clinique*, 20 mars 1911, et *Toulouse médical*, 15 avril 1911, en collaboration avec M. Lefèvre, interne.

L'appendice était libre dans un sac de hernie inguinale et son examen histologique n'a révélé aucune lésion même minime d'appendicite, et le fait valait d'être noté.

E) RECTUM, PLANCHER PELVIEN.

56. **Essai sur le traitement opératoire du cancer du rectum.** — Thèse de doctorat, 31 juillet 1897, Toulouse.

A l'époque où parut ma thèse, le traitement du cancer du rectum était en pleine évolution, car l'enthousiasme pour la méthode par la voie sacrée avait fait place à de vives critiques, et l'on cherchait une autre voie d'accès. A l'aide de recherches cadavériques et d'expériences sur le chien, je pus me rendre compte que la voie prérectale était moins mutilante, moins complexe, donnait par contre plus de jour et de sécurité, et j'émis l'opinion que cette voie pouvait convenir à presque toutes les variétés du cancer rectal. A ce moment le rapport de Quénu et Hartmann n'avait pas encore paru, non plus que l'article de Quénu et Baudet, qui tous deux préconisaient cette voie périnéale seule ou combinée à la voie abdominale.

Tel était le point de départ de mon travail et, pour confirmer mon opinion, je devais examiner et faire la critique des diverses méthodes; ici encore, c'est à l'anatomie chirurgicale que je demandai les éléments de mon argumentation.

C'est la raison d'être d'un premier chapitre consacré à étudier le

rectum dans ses limites, ses rapports, sa vascularisation, toutes choses revisées par les anatomies modernes.

Depuis Trèves, Sanson et Jonnesco, le rectum, nettement séparé du côlon pelvien, ne prend vraiment son nom qu'à la hauteur de la troisième vertèbre sacrée. Tout cancer situé au-dessus de cette limite sera un cancer du côlon pelvien et exigera des voies spéciales pour l'aborder.

Ce rectum comprend une portion pelvienne et une portion périnéale.

Les rapports des faces antérieure et latérales de la portion pelvienne montrent d'une part l'adhérence du péritoine à la face antérieure du rectum, et au-dessous, un tissu cellulaire qui permet le décollement du viscère soit en avant, soit en arrière.

L'anatomie de la portion périnéale montre l'existence de ce triangle recto-urétral permettant le décollement, d'une gaine fibreuse dont on peut extraire le rectum sans la léser, au moins théoriquement.

De plus, l'étude des artères explique les phénomènes de suppléance dans les cas de ligature ou de section de certains troncs principaux.

Enfin, la topographie des veines trouve son emploi si l'on veut commencer l'opération par la ligature des vaisseaux hémorrhoïdaux supérieurs (Chalot).

Quant aux lymphatiques, en 1897, on décrivait des groupes sacrococcygiens médians et latéraux, des ganglions hypogastriques et le groupe de ganglions pelviens sur la face postérieure de l'os coxal (Jaboulay et Fayart).

Passant ensuite aux rapports de l'enceinte pelvienne, je montre le rôle du sacrum dans la voie d'accès, la situation du cul-de-sac dural dans le canal sacré, les rapports des nerfs avec les trous antérieurs; je fixe, par des mesures spéciales, la situation exacte des trous postérieurs, cachés sous des masses musculo-tendineuses, situation à connaître pour la section de l'os.

Enfin, le coccyx et les ligaments sacro-stiatiques seront souvent intéressés; il fallait rappeler que ceux-ci contiennent des nerfs et des vaisseaux qui se rétractent dès la section de ces trousseaux fibreux.

Je termine ce premier chapitre par une description chirurgicale du périnée postérieur où le chirurgien aura souvent à opérer.

La première en date des méthodes opératoires qui font l'objet du chapitre II est la méthode périnéale (Lisfranc). A cette méthode périnéale, Denonvilliers ajoute une incision ano-coccygienne pour donner plus de jour et aborder des tumeurs plus élevées. C'est le premier pas vers la voie d'accès postérieure dont la résection sacrée sera la plus haute expression.

Les modifications apportées par Chalot, Quénu à cette méthode de Lisfranc sont décrites dans ce chapitre.

Viennent ensuite les accidents opératoires, post-opératoires, les suites éloignées de l'opération périnéale.

C'est à Verneuil qu'appartient l'idée de la résection du coccyx dans le but d'agrandir le champ opératoire, Kocher et Kraske ont étendu son application ; je décris par suite le procédé de Verneuil.

Cette voie coccygienne devenait bientôt insuffisante et c'est au sacrum que s'attaque Kraske. Dans son premier mémoire, Kraske ne s'occupait que de la résection osseuse, laissant dans l'ombre les autres points de l'opération, tels que la suture des deux bouts intestinaux qui devaient faire l'objet d'un second mémoire.

Cette suture, autre point capital du procédé, fut d'abord faite bout à bout, mais elle échoua, et Kraske, renonçant alors à suturer totalement, laissa béante la partie postérieure qui forma ainsi un anus sacré.

Mais cette suture ne s'adressait qu'aux cas permettant de conserver le sphincter, idéal où Kraske voyait la supériorité de son procédé.

On a reproché à ce procédé d'ouvrir le canal sacré, de sacrifier certains filets nerveux utiles à la fonction sphinctérienne, et de ne pas donner de jour à la partie antérieure où les rapports pathologiques sont si périlleux ; enfin la suture des bouts intestinaux a été universellement condamnée.

Aussi Hochenegg invagine le bout supérieur dans l'inférieur et le fixe à la peau ; sitôt le péritoine supposé refermé, au bout de quelques jours on coupe les fils, et le rectum remonte plus ou moins, mais dans une cavité fermée par un mur d'adhérences.

Vient ensuite la description des procédés de Rose (section au-dessus du troisième trou sacré), de Schede, de Bœckel.

Les premières opérations sont faites en France par Routier, Pozzi,

Richelot, Quénu, Doyen, Demons, etc., avec quelques variantes dues à Moulonguet, Perron, Villar.

Toutes ces résections étaient définitives; il en est de temporaires qui sont pratiquées par Heinecke, Loevy, Jeannel, Morestin.

Mais la préparation de l'acte opératoire constitue aussi un temps important : elle comprend le régime, la désinfection locale, l'anus iliaque dont Pollosson avait vanté les mérites bien avant l'opération de Kraske. L'anus iliaque sera établi par le procédé de Maydl auquel on adjoindra la modification d'Audry-Jeannel dont j'ai pu apprécier les mérites dans un cas personnel.

L'ouverture du péritoine, la blessure de l'intestin grêle et du côlon, de la prostate et des vésicules ont été observées.

La période post-opératoire traversée par les hémorragies, le shock, la rétention d'urine, l'infection locale ou généralisée, la nécrose du volet osseux dans les sections temporaires, la névrite du plexus sacré (Jeannel), les gangrènes par ischémie, par sépticité (Le Dentu), constituent une partie importante de ce chapitre.

Après les accidents ultérieurs (rétrécissement, prolapsus), j'envisage la mortalité qui, de 50 °/₀, est tombée à 10 °/₀; les beaux cas de guérison (Le Dentu, 4 ans, 3 ans; Chaput, 5 ans; Routier, Richelot, Quénu) permettent d'en espérer d'analogues, sous la réserve d'une intervention large sur un cancer limité et tout au début. Dans les cas ordinaires, la survie est prolongée dans les limites appréciables.

A la voie vaginale (Rehn, Desguin, Depage, Vautrin, Gersuny, Heydenreich), à la voie para-sacrée (Zückerkandl), fait suite une voie mixte : abdomino-périnéale (Gaudier, Chalot), abdomino-sacrée (Quénu), qui permet d'enlever des cancers haut situés ainsi que les ganglions atteints.

Malgré ces progrès, on peut se heurter à des contre-indications telles qu'il faille renoncer à tout traitement radical et se contenter d'une opération palliative, l'anus iliaque définitif. C'est la meilleure des opérations palliatives, et je ne cite que pour mémoire la rectotomie, la dilatation, le curage avec cautérisation.

Dans un dernier chapitre j'examine les indications opératoires :

1° D'après le siège du cancer (recto-pelvien, recto-périnéal, ano-

rectal), on interviendra de façon différente. Les cancers situés à la limite du côlon pelvien et du rectum pelvien, c'est-à-dire au-dessus de la troisième sacrée, me paraissent justiciables de préférence de la voie haute préconisée par Gaudier, Chalot, Quénu.

2° Mais, au préalable, il faut bien s'assurer de la hauteur du néoplasme et je pense qu'il n'est pas de meilleur repère que la sensation de constriction du releveur, répondant au « bord supérieur du sphincter des classiques » (Morestin). J'ai pu fixer la hauteur de ce repère sur des rectums normaux de malades d'hôpital par des moulages à la cire molle.

3° Un autre point à rechercher c'est la mobilité de la tumeur, son extension aux organes voisins, ce qui m'amène à rappeler brièvement la marche du cancer rectal, sa longue indolence si funeste (Kirmisson), qui permet l'évolution silencieuse. Aussi faudra-t-il faire de parti pris le toucher rectal dès les moindres troubles fonctionnels.

En possession de tous ces éléments, on peut se décider pour l'intervention à pratiquer : aux cancers recto-sigmoïdes la voie abdomino-périnéale, aux cancers recto-pelviens la voie sacrée, aux recto-périnéaux et ano-rectaux l'amputation de Lisfranc ou de Quénu.

Mes recherches cadavériques et mes expériences sur le chien m'ont fait voir qu'il était plus simple et plus aisé d'utiliser l'incision de la taille prérectale pour aborder la tumeur par les faces antérieure et latérales, mesurant bien ainsi ses efforts à l'étendue des lésions, et d'autre part que l'on pouvait remonter par cette voie jusqu'au péritoine.

La masse enlevée, on utilisera le bout sphinctérien s'il est indemne; dans le cas contraire, on attirera le bout supérieur dans la plaie et on fixera ses faces latérales dans le plan du releveur reconstitué, à seule fin de le sphinctériser. Suture cutanée. J'ai pu observer une continence parfaite sur un de mes chiens ainsi que sur un malade que j'opérai quelques mois après ma thèse. Un autre malade opéré de la même façon succomba à de l'infection par rupture des sutures à la suite d'une selle copieuse survenue inopinément le lendemain de l'opération.

En terminant, je concluais en faveur de la méthode périnéale qui me semblait répondre à la majorité des cas de cancers recto-périnéaux,

réservant la voie mixte abdominale aux seuls cancers recto-pelviens.

57. **Colostomie symphysienne transpariétale.** — Présentation du malade à la *Société anatomo-clinique de Toulouse,* le 5 decembre 1901.

Il s'agissait d'un malade atteint de cancer inopérable du rectum à qui M. Chalot me conseilla de faire un anus sur la symphyse pubienne (procédé de Roux, de Lausanne), ainsi qu'il l'avait pratiqué avec succès quelques mois auparavant (voir *Chirurgie opératoire,* 4[me] édit. p. 955). A l'exemple de mon maître, je ne fis pas d'encoche sur le pubis pour y loger l'anse iliaque et devais me contenter d'amener l'anse sur la symphyse et de l'y fixer; mais craignant la rétraction du mésocôlon, j'eus l'idée de créer un point musculo-cutané à la façon de la colostomie iliaque d'Audry-Jeannel par une incision en ⊏. Je fus assez heureux pour réaliser mon plan, malgré des difficultés de recherches de l'anse iliaque; l'opéré sortit de l'hôpital satisfait de son anus bien occlus par une pelote prenant point d'appui sur le pubis, pelote analogue à celle de la cystotomie. Pendant les premiers temps, le malade éprouva de fréquents besoins d'uriner que j'attribuai à la position de l'anse sur le dôme vésical qui se trouvait gêné dans son expansion, mais ce trouble fonctionnel s'atténua, l'anse ayant dû glisser sur les flancs de la vessie. Ce n'est donc pas une méthode exempte de reproches et qu'il faille mettre en parallèle avec l'anus iliaque, mais elle a l'avantage d'utiliser la partie inférieure d'une incision exploratrice et surtout de donner un anus bien obturé par l'appareil de prothèse.

58. **La voie prérectale dans l'extirpation des rétrécissements non cancéreux du rectum.** — Mémoire présenté à la *Société de médecine de Toulouse* à l'appui de ma candidature de membre correspondant, avril 1898.

Dans ce mémoire, resté inédit, selon le règlement de la Société de Médecine, je proposais, dans l'extirpation des rétrécissements non cancéreux, d'utiliser cette voie simple et large de l'incision prérectale.

59. **Recherche extemporanée des trous sacrés postérieurs au point de vue chirurgical.** — *Revue de chirurgie*, 10 août 1899.

Les recherches cadavériques nécessitées par ma thèse m'avaient fait apercevoir qu'on ne possédait en anatomie aucune donnée sur la situation exacte des trous sacrés postérieurs. Or, dans la méthode de Kraske, on trace des incisions qui doivent correspondre à tel ou tel trou sacré postérieur : il m'a paru qu'il y avait quelques précisions à donner dans cette recherche, et j'ai pu établir des chiffres qui représentent la distance de chaque trou par rapport à un point de repère saillant pris sur la crête épineuse. Ces chiffres ont pu servir à d'autres considérations, comme le montre la thèse de Cathelin.

60. **Le releveur de l'anus et les prolapsus pelviens.** — Revue générale de la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 25 novembre 1900.

Les recherches nécessitées par ma thèse m'ont amené à étudier le rôle si efficace du releveur de l'anus dans la physiologie des organes pelviens; j'ai pu me convaincre combien son action dans la statique de ces organes avait été méconnue jusqu'à ces dernières années. C'est à Trélat (1888) qu'il faut en arriver pour en entendre parler, et dire que l'affaiblissement du plancher pelvien est bien l'origine des prolapsus génitaux. Pendant quelques années encore il soutint seul cette opinion, et l'on continuait à suspendre l'utérus à tous les points de la paroi abdominale; mais les échecs se multipliant, on revint à l'idée de Trélat, et ce retour d'opinion fit naître les procédés opératoires modernes.

L'anatomie nous montre le plancher pelvien constitué par les deux muscles releveurs de l'anus et ischio-coccygien et leurs aponévroses.

D'après Roux, Lessaft et Holl, le releveur se compose de deux plans de fibres différentes par leurs insertions et leur direction, l'une externe, croisant l'axe du vagin sous un angle presque droit, l'autre interne, se dirigeant vers l'anus et s'y terminant.

Je montre alors le rôle électif de chacune de ces deux couches dans

le soutien des organes génito-urinaires d'une part et du rectum d'autre part : releveur du vagin (couche interne), releveur de l'anus (couche externe).

Ce plancher pelvien n'est plus seulement la limite inférieure de la cavité abdominale, mais comme une paroi contractile et puissante, s'opposant par ses connexions avec les conduits qui la traversent à leur issue au dehors.

Une fois ces notions anatomiques rappelées, on peut aborder la pathogénie des prolapsus utéro-vaginal. Richelot a bien montré que si l'utérus n'est pas solidement supporté par son lit musculaire, les ligaments ronds et larges se relâchent, s'étirent à la façon du mésentère dans les hernies intestinales (Chaput). Il y a analogie, en effet, entre le prolapsus utéro-vaginal et une hernie, à ce point de vue pathogénique du défaut de soutien.

A travers l'ouverture du releveur, agrandie par les états pathologiques ou congénitaux, c'est d'abord le vagin qui apparaît à la vulve, puis l'utérus qui, tirant sur ses ligaments suspenseurs, finit par les faire céder. Tel est le mécanisme.

A quoi tient cette insuffisance du plancher pelvien? L'accouchement et ses ruptures musculaires y entrent pour une large part, mais souvent aussi l'atonie des muscles et des aponévroses relèvera d'une involution incomplète des tissus. Mais comment expliquer cette atonie chez les vierges et les nouveau-nés? C'est alors qu'il faut parler de prédisposition héréditaire chez ces « dégénérés du tissu musculaire » (Richelot).

Puisque l'insuffisance du releveur est la lésion fondamentale, il faut que l'acte chirurgical principal lui soit consacré, et l'on passera ensuite aux actes complémentaires (Richelot).

Cet acte principal visera à enlever l'étoffe exubérante et à refaire le corps périnéal. Toute autre méthode s'adressant d'abord à la suspension de l'utérus sera suivie d'échec (raccourcissement des ligaments ronds, leur plicature intra-péritonéale, l'hystéropexie abdominale). Qu'espérer, en effet, de la fixation d'un organe mobile à une paroi mobile elle-même ou à des ligaments peu résistants? Le péritoine pariétal glisse, l'adhérence utérine s'allonge et le prolapsus se reproduit.

La trachélopexie ligamentaire de Jacobs n'est pas meilleure. L'hystérectomie vaginale donne-t-elle des résultats plus satisfaisants? Non, car le vagin est chassé au dehors comme avant.

J'ai réopéré une malade à qui M. Chalot avait fait une hystérectomie et qui, néanmoins, avait un prolapsus vaginal avec rectocèle. Une double colpectomie et une réfection soigneuse du plancher périnéal m'a permis de débarrasser la malade de son infirmité.

L'indication est donc :

1° Enlever le tissu exubérant;

2° Rétrécir par la suture les parois périnéo-vaginales.

Et c'est la colpo-périnéorrhaphie de Hégar qui remplit le mieux ces conditions, témoin les cas de Landfried, Munchmeyer, Niebergall, Bouilly et Richelot. L'opération de Hégar donne 60 °/₀ de guérisons définitives, 15 °/₀ d'améliorations et 19 °/₀ de récidives.

Prolapsus du rectum. — Au point de vue anatomique et physiologique, mêmes considérations que plus haut. La thérapeutique devra viser à rétrécir l'ampoule rectale, devenue trop large, et à rétablir l'appareil de soutien fibreux et musculaire, le plancher pelvien.

Une rapide revue des procédés opératoires montre combien on s'est éloigné de ces indications, fondées sur la véritable pathogénie.

Le procédé de Duret, la recto-périnéorrhaphie, paraît répondre à ces indications; enfin, les procédés de Delbet, de Duval et Proust, de Lenormant (publiés depuis ma revue générale), viennent confirmer les idées que j'exprimais alors et montrent bien que les procédés compliqués de pexies (sauf la colopexie, de Jeannel, bonne opération ayant des indications pathologiques spéciales), de résections partielles ou totales, doivent passer au second plan pour céder le pas à la reconstitution du plancher pelvien.

On peut donc assimiler la thérapeutique des prolapsus utéro-vaginal et rectal en disant que, la pathogénie étant identique, c'était à un même ordre d'intervention qu'on devait désormais s'adresser.

V.

ORGANES GÉNITAUX DE LA FEMME.

A) GÉNÉRALITÉS.

61. **Documents gynécologiques.** — 1 volume de 265 pages, Maloine, édit. Paris, 1909.

Ce volume comprend vingt-cinq observations ou études sur des sujets divers de gynécologie. La plupart des matières du volume, ayant déjà paru dans d'autres publications gynécologiques, seront analysées plus loin.

62. **Les phlébites du membre inférieur après les laparotomies.** — Revue générale : *Gazette des Hôpitaux*, 12 avril 1908.

Le shock, l'hémorragie, la péritonite ne doivent pas être les seuls accidents à redouter après une laparotomie; sans doute, ils sont bien moins fréquents de nos jours, car nous savons les éviter; mais ce n'est pas tout, et il faut réserver les suites pendant une quinzaine de jours, au bout desquels peut apparaître la phlébite du membre inférieur gauche. C'est donc au moment où la convalescence laisse espérer un lever prochain que, subitement, une douleur et de l'œdème se produisent dans la jambe, signalant l'infection des gros troncs veineux, qui sera légère ou grave, — on ne peut le savoir, — mais qui, dans tous les cas, condamnera le convalescent à un séjour au lit pour plusieurs jours encore. Au moment où j'entrepris cette étude de la phlébite post-opératoire, les rares travaux faits en Amérique, en Allemagne, et ceux de France sur quelques particularités du sujet (phlébite après l'appendi-

cectomie, embolie après les fibromes), donnaient comme pourcentage de fréquence 2 °/₀ ; ma modeste enquête dans le milieu chirurgical toulousain m'a permis de la considérer comme inférieure à la réalité.

La phlébite s'annonce dès longtemps pour l'observateur qui sait la prévoir, en constatant l'ascension graduelle du pouls, « le pouls grimpant » (signe de Mahler), coïncidant avec une température normale.

Cette ascension serait due à la résistance de plus en plus grande opposée par les thromboses à la circulation, résistance que le cœur chercherait à vaincre en forçant le passage par les collatérales voisines. Le plus grand nombre des pulsations correspondrait donc au moment où l'obstacle est maximum, et la courbe du pouls reprendrait son aspect normal à mesure que se dilateraient les branches collatérales.

Toutefois, il peut y avoir de la fièvre, modérée, il est vrai (38°, 38°3) ; c'est la forme pyrétique de la phlébite.

Viennent ensuite la douleur, l'œdème, l'hydarthrose. L'embolie reste toujours la complication la plus angoissante, car elle peut éclater sans aucun signe précurseur.

Quant à dire la cause de ces phlébites, cela revient à rappeler les théories chimiques de la coagulation, de la teneur en sels de chaux des chlorotiques et des malades infectés ; on a parlé également de l'usage du plan incliné, de la décomposition brusque par enlèvement de la tumeur fibreuse par exemple, de la compression par l'S iliaque, etc., toutes hypothèses qui renferment certainement une part de vérité, mais inapplicables à la généralité des faits.

La conclusion pratique est qu'on doit s'attacher à dépister les signes avant-coureurs de la phlébite pour mettre nos malades à l'abri des surprises de l'embolie.

63. **Le drainage latéral en gynécologie abdominale.** — Communication au *Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie de Toulouse*, 22 septembre 1910.

Instruit par expérience des bons effets du drainage après laparotomie plus ou moins accidentée et des funestes conséquences de l'abstention systématique de cette soupape de sûreté, je reste fidèle au drai-

nage dans les circonstances susdites. Assurément, je ne draine pas de parti pris tous les kystes de l'ovaire, mais dès qu'il y a eu des manœuvres opératoires un peu longues et délicates (adhérences, inclusion des kystes, péritonisation impossible, etc.), je laisse pendant quarante-huit heures un drain de caoutchouc dans la cavité abdominale. J'affirme, avec preuves à l'appui, que je dois à cette précaution d'avoir eu jusqu'ici de bons résultats opératoires puisque, sur cinquante laparotomies pour kystes, fibromes, salpingites communiquées au Congrès, je relève deux morts seulement, non dues à la septicémie péritonéale.

Pour éviter les accidents de désunion de la suture médiane et par suite d'éventration ultérieure, je fais passer le drain à travers une ouverture latérale pratiquée dans le muscle droit et la peau correspondante. Sitôt le drain enlevé, l'orifice se referme par coalescence des fibres musculaires écartées. Si cette coalescence tarde à se faire et qu'il se produise un suintement séro-purulent, il n'a aucune influence sur la cicatrisation de la plaie médiale. Ce drainage latéral, imaginé par Rastouil, me paraît laisser au drainage toute sa valeur sans aucun des accidents qu'on lui attribue. Ces propositions faites au Congrès étaient, d'ailleurs, en conformité d'idées sur le drainage en général, avec celles formulées dans un article récemment paru alors du professeur Hartmann et de son interne Metzger.

64. **De l'évolution du moignon cervical après l'hystérectomie subtotale.** — *Société d'obstétrique de Toulouse*, 2 mars 1910, et *Annales de gynécologie*, 1910.

Que devient le moignon cervical après une subtotale? Il s'atrophie et ses sécrétions se tarissent (J.-L. Faure); il peut continuer à saigner et à suinter, présenter ainsi une leucorrhée rebelle, enfin, disent certains, il peut devenir cancéreux, plus souvent qu'on ne pense (Richelot). Où est la vérité dans ces affirmations si contraires? J'ai fait un certain nombre de subtotales pour me permettre de dire que l'écoulement leucorrhéïque ou sanguinolent est assez fréquent, mais rarement il a persisté des mois et des années, ayant de ce fait nécessité des traitements particuliers. Néanmoins, il est ennuyeux pour les opérées et il faut viser à le réduire au minimum par un artifice spécial dans la

section du col (évidement conique). Quant à la dégénérescence cancéreuse du moignon, on la nie de parti pris en raison de sa rareté, ou bien au contraire on exagère sa fréquence. La vérité paraît être dans un juste milieu et toutes les fois qu'on trouvera à la laparotomie un de ces utérus gros et mous, sans être fibromateux, il y aura lieu de se méfier d'un cancer du corps et il sera prudent d'enlever tout l'utérus pour éviter la récidive sur le moignon cervical.

Dans les cas de fibrome faut-il par prudence faire systématiquement une hystérectomie totale? Je ne le pense pas; je la réserverais de préférence aux fibromes mous et en apparence dégénérés. D'ailleurs, le pronostic opératoire des totales s'est bien amélioré depuis qu'on sait mieux écarter le péril cervico-vaginal par les attouchements pré-opératoires à la teinture d'iode. Ma statistique de totales et de subtotales pour fibromes est sensiblement analogue, et il semble que la totale doive connaître un regain de faveur parmi les jeunes chirurgiens parisiens.

Thèse inspirée : même titre, Dr Ayméric, Toulouse, 1909

B) OVAIRE.

65. **Tumeurs solides de l'ovaire.** — Rapport présenté à la section de gynécologie du *VIe Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie*, 22-27 septembre 1910, à Toulouse, formant un volume de 100 pages. Privat, éditeur.

A l'encontre de l'opinion courante, le rapporteur estime que l'expression : tumeurs solides de l'ovaire, n'a pas de sens exact, car elle ne répond ni à des types anatomiques, ni à des entités cliniques bien définies. D'une part, la structure histologique rapproche les kystes (tumeur liquide) des épithéliomas infiltrés (tumeur solide) et, d'autre part, on ne saurait trouver de tumeur uniformément et constamment solide. Ce mélange des structures intimes et des aspects extérieurs, tout autant que des formes cliniques, engendre la confusion et ne permet pas de délimitation nette entre les tumeurs liquides et solides. Sous cette dernière dénomination, l'auteur étudie les cancers (épithé-

liomes, endothéliomes, formations chorio-épithéliales, sarcomes et carcinomes), les fibromes et leurs combinaisons, les tumeurs mixtes (embryomes, tératomes, etc.).

Le épithéliomes ovariens constituent une des questions histologiques les plus confuses, étant donné la variabilité des types cellulaires, observés non seulement d'une tumeur à l'autre, mais dans une même tumeur, et il est souvent bien difficile, soit de définir la tumeur, soit d'indiquer son histogenèse. Pour celle-ci, diverses théories ont été successivement mises en avant, sans qu'aucune puisse jusqu'ici être acceptée sans réserves. Après avoir discuté et rejeté l'origine pflugérienne, mullérienne de ces éléments épithéliaux, l'auteur se rallie avec Lecène à l'origine wolffienne. Seule, celle-ci peut expliquer le polymorphisme de ces épithéliums, et l'épithélioma ovarien serait ainsi une sorte d'*enclavome*, dans le sens que Chevassu donne à ce terme. Cette proposition a besoin d'être confirmée par un plus grand nombre d'examens histologiques faits en divers points d'une tumeur ; il y a là une orientation nouvelle à donner aux recherches histologiques, en se dégageant des conceptions du passé, et peut-être la diversité des formes histologiques trouvera-t-elle une meilleure interprétation. Tout est donc à faire dans cette voie, et c'est une question qu'il faudra écrire à nouveau dans dix ans.

Les endothéliomes sont placés ici comme une transition entre la série épithéliale et la série conjonctive, car les recherches récentes les font considérer comme des épithéliomas atypiques ou des tumeurs mixtes. La nature conjonctive de ces endothéliomes est donc à rejeter. De plus, ils sont moins fréquents qu'on s'était plu à le dire, surtout en Allemagne.

Les périthéliomes — quand ils existent réellement — sont des sarcomes à disposition péri-vasculaire.

Les tumeurs chorio-épithéliomateuses (Pick, Forgue et Massabuau) se présentent, tantôt comme des embryomes avec production de tissu chorio-épithélial, tantôt comme des tumeurs chorio-épithéliales pures ; ces dernières sont des épithéliomas dont les cellules subissent, au contact des vaisseaux, une transformation du type chorio-épithéliomateux.

Le fibrome de l'ovaire est la première tumeur étudiée ici, dans la

série conjonctive. Pur, le fibrome existe réellement, quoique peu fréquent (2 à 3 %); le plus souvent, il est à l'état de fibro-myome. Quelle que soit sa forme histologique, le fibrome a tendance à la malignisation, aux mêmes âges que la dégénérescence kystique de l'ovaire; cette coïncidence porte à penser que l'ovaire pathologique subit les effets de la prolifération conjonctive ou de la prolifération épithéliale (kyste) et qu'il y a, dans ces deux déviations morbides, danger pour l'organisme et une propension à une dégénérescence métatypique, puis atypique. Enfin, si la notion de bénignité des fibromes s'est implantée dans l'opinion générale, cela tient à la pénurie des observations ou à leur rareté, et aussi à ce qu'on néglige souvent de rapprocher des fibromes certaines tumeurs solides et malignes de l'ovaire, qui n'ont cessé d'être des fibromes purs que le jour où le sarcome et le cancer les ont envahis.

La dégénérescence du fibrome en sarcome n'imprime à la tumeur aucune modification extérieurement appréciable; ce n'est qu'à la coupe qu'on voit les caractères connus du sarcome.

De toutes les tumeurs malignes de l'ovaire, le sarcome est la plus fréquente; on le rencontre à deux périodes de la vie (chez la fillette au-dessous de quinze ans et chez l'adulte entre vingt-cinq et quarante-cinq ans), chez les nullipares et les multipares.

A l'état de pureté, le sarcome est très rare; il se combine avec le fibrome et le myxome. Les éléments sont le plus souvent fuso-cellulaires, rarement globo-cellulaires, et exceptionnellement mélaniques (7 cas).

Ces sarcomes affectent des aspects multiples; on y rencontre divers éléments (cellules géantes, cellules épithélioïdes, etc.), si bien qu'il est malaisé de se prononcer entre le sarcome et l'épithéliome.

Viennent ensuite les tumeurs nées aux dépens du corps jaune (rares et à rattacher plutôt à la série épithéliale), les myxomes, hémangiomes, lymphangiomes, rhabdomyomes, enfin le carcinome : toutes ces tumeurs ne prêtent pas à des discussions histologiques et pathogéniques, elles sont bien connues et leur aspect n'a rien ici de particulier, aussi le rapporteur leur a-t-il consacré moins de développement.

Les tumeurs de la série épithéliale et de la série conjonctive sont

classées ici comme tumeurs homotopiques; les tumeurs hétérotopiques comprennent les néoplasmes où se rencontrent en majeure partie des éléments étrangers à l'ovaire (corps thyroïde, surrénage, os, cartilage, testicule) et les tumeurs mixtes (embryomes, organomes, tératomes).

Les embryomes kystiques (kyste dermoïde) ou solides sont étudiés dans leur constitution histologique. Tous les feuillets du blastoderme y sont représentés par leurs dérivés (cartilage, os, tissus musculaires, nerfs, thyroïde, etc.), et l'on peut considérer ces tumeurs non plus comme des kystes dermoïdes — ainsi qu'on disait naguère — mais comme des tumeurs contenant tous les feuillets embryonnaires à un stade plus ou moins avancé, ce sont pour cela des tumeurs embryoïdes. Dans l'embryome kystique, les dérivés des feuillets sont reconnaissables seulement au microscope; dans le tératome, les organes embryonnaires (os, mâchoire, etc.) sont parfaitement reconnaissables à l'œil nu.

L'embryome est un organisme rudimentaire qui vit en parasite sur l'individu qui en est porteur; comme tout être vivant, il est susceptible de maladies, et en l'espèce, de dégénérescences malignes des éléments qui le constituent. Il semble même que l'embryome soit prédisposé à cette évolution maligne, et qu'il ne puisse manquer à cette obligation. Il y a là une notion importante à retenir au point de vue clinique. A ce processus de dégénérescence se rattachent les formations chorio-épithéliomatose (1er type) dont on a déjà parlé plus haut (2me type). Ces embryomes à cellules géantes, par leur structure, permettent d'assimiler leur dégénérescence épithéliomateuse à la dégénérescence placentaire. Il se fait d'abord un kyste dérivé de l'ectoderme chorial qui, secondairement, en détruisant les vaisseaux, devient un placentome, tout comme le syncytium du placenta normal n'est qu'une formation secondaire survenant quand le chorion primitif se trouve au contact des vaisseaux qu'il perfore.

En outre, ces cellules géantes dans les embryomes peuvent être interprétées comme un tissu de granulation, réaction du tissu conjonctif en présence des corps étrangers (os, poils, cheveux, etc.). La cellule géante peut donc être interprétée suivant ces deux hypothèses : origine épithéliale, origine conjonctive.

Les tératomes ont cette particularité intéressante que l'épithélium interne n'est autre que l'épithélium amniotique, ce qui impliquerait l'origine amniotique des kystes dermoïdes. La bilatéralité des tératomes solides conduirait, d'après Baudoin, à concevoir qu'il s'agit d'un embryon transversalement placé dans l'abdomen et ayant son crâne au point où apparaîtra l'ovaire droit, et sa face au niveau du point de développement de l'ovaire gauche. Une observation clinique de Vignard serait, toujours d'après Baudoin, en faveur de cette hypothèse. Il semble bien, dès lors, que tétaromes et embryomes seraient comme les vestiges d'une sorte de grossesse ovarienne, fruste et avortée.

L'ovaire peut être assez souvent le siège de tumeurs malignes secondaires à un cancer de l'estomac, du foie, des voies biliaires, du sein et de l'utérus. Krukenberg a décrit ces tumeurs, bilatérales toujours, sous le nom de fibro-sarcome muco-cellulaire et les identifie aux endothéliomes de l'ovaire. Les descriptions de Krukenberg, de Kraus, de Schlagenhauffer n'apportent aucune clarté à la description histologique. Le caractère histologique n'est pas toujours identique, ce qui tient aux modalités du cancer primitif originel. On ne peut encore trancher la question en faveur de la métastase (identité de tumeur) ou de la coexistence et indépendance des tumeurs (pluralité des néoplasmes).

Les cancers de l'ovaire secondaires à un cancer de l'utérus s'observent par propagation directe ou par infection lymphatique.

Dans les cancers secondaires à un cancer gastrique, on peut penser à la métastase (Goullioud) et il faut noter la prééminence clinique qu'elles acquièrent vis-à-vis de la tumeur qui leur a donné naissance, au point d'accaparer toute la symptomatologie et de faire méconnaître le néoplasme d'origine.

Que deviennent les éléments propres de l'ovaire en présence de ces éléments néoplasiques? Dans un chapitre nouveau (*l'ovaire dans les tumeurs de l'ovaire*), l'auteur établit que dans les fibromes et les embryomes les follicules sont plus ou moins repoussés vers la périphérie; ils sont atrophiés en partie, en partie intacts, mais toujours reconnaissables. Dans les tumeurs malignes, ces follicules ont totalement disparu. De plus, l'épithélium germinatif (épithélium de recou-

vrement) est intact, d'où absence d'adhérences; le fibrome s'est développé dans la masse même de l'ovaire et ne possède pas, comme le fibrome utérin, une capsule lâche dont on puisse l'énucléer.

La trompe est souvent refoulée, allongée, parfois hypertrophiée dans les fibromes et les embryomes, mais rarement envahie dans les cancers.

Enfin, l'extension lymphatique aux ganglions lombaires (pré-aortiques à gauche, pré-veine cave à droite) est étudiée dans les diverses formes de cancers.

La partie clinique est consacrée aux données essentiellement utiles pour arriver à établir qu'il y a : 1° tumeur de l'ovaire, et 2° la variété bénigne ou maligne de celle-ci, sa connaissance anatomique étant pratiquement introuvable. Pour cela, les symptômes sont scindés en : *symptômes communs à toute tumeur ovarienne* et *symptômes propres à chaque variété clinique,* à la période de début et à la période d'état. De toute cette énumération symptomatique, le seul caractère à retenir est l'*indépendance réelle de la tumeur d'avec l'utérus*, constatée au palper bimanuel. Il ressort en effet de cette étude, où chaque symptôme est serré de près, que la plus grande incertitude règne sur ces diagnostics. Nous ne possédons aucun bon signe de certitude, et l'auteur pense qu'on devrait faire appel à l'hématologie, à des recherches de laboratoire encore plus récentes (réaction hémolytique, réaction de la méiostagmine) pour établir la nature maligne de la tumeur observée, si facile à confondre par sa lenteur d'évolution avec une tumeur bénigne, ou par sa situation avec des plastrons inflammatoires, des salpingites, voire même des appendicites. La confusion s'accroît encore, lorsque ces affections inflammatoires annexielles ou utérines coexistent avec la tumeur ovarienne, ce qui n'est pas rare.

Les complications de ces tumeurs sont la *torsion du pédicule* (40 °/₀), l'*ascite*, les *lésions annexielles suppurées*, l'*occlusion intestinale*, les *œdèmes*. Ces diverses complications sont étudiées en des paragraphes spéciaux, avec les développements qu'elles comportent.

On peut observer la *coexistence d'autres affections génitales*, en particulier les anomalies du système génital, le pseudo-hermaphroditisme et, enfin, la grossesse. Dans ce dernier cas, les tumeurs solides

(fibromes, kystes dermoïdes) se révèlent, soit par leurs symptômes propres pendant la gestation, soit par des signes de compression ou par l'obstacle qu'elles apportent au mécanisme de l'accouchement.

La grossesse détermine une aggravation du volume des tumeurs solides, elle accélère leur marche, surtout dans le cas de tumeur maligne. Dans ce dernier cas, l'auteur pense qu'il ne peut y avoir grossesse que si des corps jaunes, si utiles à la gestation, persistent dans l'ovaire; or, le cancer détruisant le corps jaune, ce sera seulement avec un cancer unilatéral ou avec un cancer double, tout au début — ce qui suppose la conservation de quelques corps jaunes — que la grossesse sera possible. L'auteur revient à plusieurs reprises, dans cette étude, sur ce rapport intime qui lui paraît exister entre la persistance anatomique et physiologique du corps jaune (sécrétion interne) et le développement du cancer dans l'ovaire.

S'appuyant sur des recherches toutes récentes (Roger, Mangin, Leyden) sur l'antagonisme des sécrétions internes et des protéines du cancer qui rend les organes à sécrétion interne plus longtemps invulnérables au cancer, l'auteur pense que celui-ci ne s'installera dans l'ovaire que peu à peu, lentement, à mesure que disparaîtra cette sécrétion interne. Quand la défense naturelle aura disparu ou si déjà elle n'existait point (atrophie, état infantile), le cancer pourra se développer en toute liberté et envahir la totalité de l'organe. On a vu, en effet, que l'ovaire cancéreux ne portait plus aucune trace de corps jaune. C'est par cette lutte et aussi par le fait que le parenchyme ovarien est sans communication avec le milieu extérieur, source d'infection, que l'on peut expliquer la lenteur d'évolution du cancer ovarien. Ce n'est que tard — trop tard — qu'apparaissent des signes évidents de malignité, par la généralisation, les complications (ascite hémorragique, etc.).

Aussi, dans l'incertitude où l'on est de la nature bénigne ou maligne d'une tumeur ovarienne, faut-il, sans plus chercher, l'enlever dès qu'elle est reconnue et reconnue mobilisable. Et encore, pour ce dernier caractère, faut-il savoir que la mobilité clinique est plus trompeuse que la mobilité opératoire. C'est « la main dans le ventre », dans les cas douteux, qu'on décidera s'il faut continuer ou abandonner une opé-

ration commencée. Les cancers, en particulier, sont plus souvent opérables qu'on ne l'a écrit et les statistiques sont là pour montrer les bons effets immédiats et éloignés d'une thérapeutique active.

Les statistiques antérieures aux travaux de Dartigues (1899), d'Estor et Puech (1900) (en somme, de 1881 à 1900), montrent qu'avec les perfectionnements de la technique la mortalité s'abaisse de 52 °/₀ à 10 °/₀. Dans la statistique de l'auteur (298 cas), de 1900 à 1910, la mortalité est descendue à 4 ou 5 °/₀.

Les résultats éloignés (de 1900 à 1910) donnent, avec les statistiques allemandes surtout, 79 °/₀ de guérisons. On y rencontre des malades guéris depuis 7, 8, 9, 11, 19 ans, pour des cas de cancers histologiquement constatés (Hoffmeier). Dans les embryomes kystiques, la guérison, sans récidive, est de 87 °/₀ (Pfannenstiel).

Dans le cas de tumeur et grossesse, l'auteur examine la conduite à tenir pendant les premiers mois de la grossesse, à la fin, pendant le travail et pendant le puerpérium. Les statistiques récentes de Korminski, Couvelaire, Lepage, Brindeau, R. Spencer, Sondberg plaident en faveur de l'intervention, au moment opportun indiqué à ces diverses périodes de la gestation.

En somme, les limites de l'opérabilité semblent être reculées à l'heure actuelle; on doit opérer souvent et le plus tôt possible, dès qu'on a acquis — et on peut l'avoir — la certitude qu'il existe une tumeur dite solide de l'ovaire. On sera encouragé dans cette entreprise opératoire par la certitude d'un bon pronostic immédiat et par l'assurance d'obtenir, plus souvent que pour d'autres cancers génitaux, — celui de l'utérus par exemple, — une guérison durable.

66 **Tératome de l'ovaire à cellules géantes.** — *Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie de Toulouse* et publié dans *La Gynécologie*, septembre 1911, en collaboration avec M. le Pr Tapie.

L'existence de ces cellules géantes doit être interprétée comme une réaction de défense contre les corps étrangers contenus dans le kyste dermoïde.

67. **Tératome ovarien à contenu gélatineux et à structure hidermique.** — *Société d'obstétrique de Toulouse*, 5 novembre 1911.

68. **Fibrome pur de l'ovaire à pédicule tordu.** — *Société anatomique de Paris*, 21 février 1908.

La rareté des fibromes purs de l'ovaire, la torsion du pédicule sans avoir donné de signes cliniques, la situation médiane de la tumeur ballottante comme s'il s'agissait d'un fibrome utérin pédiculé firent l'intérêt de cette présentation.

69. **Tumeur fibro-kystique aréolaire de l'ovaire droit (épithélioma).** — In *Documents gynécologiques*.

70. **Tumeur fibro-kystique intra-ligamentaire de l'ovaire gauche** (*20 kil.*). — In *Documents gynécologiques.*

71. **Sept cas de tumeurs papillaires de l'ovaire.** — In *Documents gynécologiques*. 1 vol., Maloine, édit.

72. **Epithélioma des deux ovaires et cancer gastrique méconnu.** — *Société d'obstétrique et de gynécologie de Toulouse*, 8 mai 1912.

Les phénomènes gastriques n'ont apparu ici avec intensité qu'après l'ablation de la double tumeur ovarienne. Il est habituel que le néoplasme ovarien, secondaire pourtant à la néoplasie gastrique latente, accapare toute la symptomatologie.

Sitôt la castration faite, les symptômes gastriques reparaissent. Il y a là une alternance clinique curieuse dont j'avais parlé, après bien d'autres, dans mon rapport sur les tumeurs solides de l'ovaire.

73. **Les néoplasmes annexiels consécutifs à l'hystérectomie vaginale.** — *Société d'obstétrique et de gynécologie de Toulouse*, 8 mai 1912.

L'hystérectomie vaginale, souvent incomplète dans l'extirpation des annexes malades et adhérentes, expose à voir survenir plus ou moins

longtemps après l'opération des tumeurs développées sur ces débris d'annexes. Ces tumeurs sont tantôt des kystes sanguins augmentant de volume au moment des règles (cysthématomes menstruels de Dartigues), tantôt des kystes mucoïdes, tantôt enfin et plus rarement de véritables tumeurs malignes. Les débris d'ovaires laissés, des ovaires entiers ou encore des débris aberrants du corps de Wolff, des ovaires surnuméraires en sont le point de départ.

Dans un cas personnel, un épithélioma s'était développé cinq ans après l'hystérectomie vaginale sur un débris de l'ovaire gauche. La tumeur était devenue énorme, obstruant presque l'entrée du bassin. Ces faits prouvent d'une part que les organes en tout ou partie laissés après l'hystérectomie ne subissent pas l'atrophie escomptée, et d'autre part que la voie vaginale, exposant les malades à de pareilles séquelles, n'est pas à employer dans les cas d'annexités accessibles par la voie abdominale.

74 **Grossesse à terme développée sous un kyste ovarique; suppuration du kyste dans les suites de couches.** — *Société d'obstétrique*, 2 mars 1910, en collaboration avec M. le Dr Poux.

75. **Volumineux kyste ménorrhagique de l'ovaire chez une fillette de quatorze ans.** — *Société d'obstétrique*, décembre 1910.

Dans ce kyste la menstruation se faisait périodiquement depuis l'installation des règles qui n'avaient paru qu'une fois au dehors. Finalement, le kyste devenu volumineux se tordit, donnant des signes d'occlusion qui cédèrent. A l'opération, je trouvai un kyste adhérent de partout, rempli de sang à divers degrés d'organisation du caillot. Une fois enlevé le kyste, la menstruation, assurée par l'autre ovaire, qui avait été inhibée par la fonction de l'ovaire malade, a reparu d'une facon régulière.

76. **Les lymphatiques de l'ovaire** — *Congrès de gynécologie de Toulouse*, septembre 1910.

Ces recherches faites tant sur le cadavre que sur les animaux, avec la collaboration de M. le Dr Mouchet, prosecteur, nous ont fourni des

arborisations nouvelles dans le ligament large, et d'autre part nous ont apporté quelques modifications aux schémas de Cunéo et Marcille. Des recherches ultérieures sont nécessaires pour donner une description définitive.

77. **La question des ovaires surnuméraires.** — *Paris médical*, 10 octobre 1911.

La migration de l'ovaire, sa segmentation par des brides congénitales ou pathologiques, la présence des débris aberrants arrêtés en un

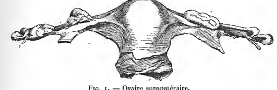


Fig. 1. — Ovaire surnuméraire.

point quelconque de la migration peuvent donner naissance à des ovaires accessoires, surnuméraires ou aberrants. Ces termes n'ont pas tous la même signification. Tandis que les ovaires aberrants sont des vestiges embryonnaires situés un peu partout sur le ligament large, l'ovaire surnuméraire accessoire désigne l'ovaire supplémentaire contigu, la malformation tri-ovarienne, et enfin l'ovaire double ou succenturié est une segmentation de l'ovaire, plus ou moins détachée de la glande d'origine. Ces organes se rencontrent, d'après Rieffel, dans la proportion de 4 °/₀. Ils peuvent s'observer à tous les âges et donner des tumeurs aussi bien chez la fillette que chez la femme âgée. Les ovaires doubles, triples et même davantage (6 dans un cas de Waldeyer) ne sont pas aussi rares. Dans le péritoine, ils peuvent être en rapport avec les ovaires normaux, avec la trompe, le ligament large, l'utérus, l'intestin et ses annexes, la vessie et le Douglas; en dehors du péritoine, on les a vus sous le cæcum et le côlon.

Cette topographie capricieuse indique déjà l'intérêt qu'on aura à

rencontrer des tumeurs, dont la nature ovarienne apparaîtra seulement au microscope. Ces tumeurs évoluent de la même manière que dans un ovaire normal, car ces ovaires surnuméraires ou aberrants ont la

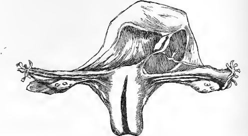


Fig. 2. — Ovaire surnuméraire (aberrant).

même structure histologique et les mêmes fonctions physiologiques. Aussi Dartigues s'est-il demandé si ces ovaires n'étaient pas le point

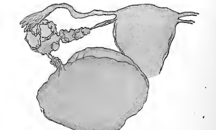


Fig. 3. — Tumeur kystique d'un ovaire surnuméraire.

de départ, vu leur fonction ovarienne normale, des cysthématomes post-opératoires.

Par l'existence de ces ovaires, on peut également expliquer la persistance de la menstruation et les cas de grossesse après une double

ovariotomie. Cette question se rattache ainsi à celle des néoplasmes annexiels après l'hystérectomie vaginale dont nous avons parlé. Les ovaires surnuméraires ou aberrants pourraient bien servir à expliquer certaines de ces tumeurs secondaires. Il s'ensuit que la question des ovaires surnuméraires n'est pas seulement une question tératologique, mais qu'elle a un côté clinique qui ne manque pas d'intérêt et que leur domaine pourrait s'agrandir.

78. **Torsion pédiculaire fixe d'un kyste du parovaire.** — *Toulouse médical*, 1er août 1909.

La torsion lente, progressive du pédicule lui a permis de se fixer par des adhérences, lesquelles ont assuré la nutrition du kyste, en dépit de sa torsion. Il s'est fait là un phénomène d'*accommodation circulatoire* bien étudié par Bégouin.

79. **Kyste du parovaire à développement postérieur** (intra-méso-colique). — *Toulouse médical*, 15 février 1910.

80. **Le moment opportun de l'ovariotomie dans la torsion pédiculaire des kystes ovariques pendant les suites de couches.** — *Société d'obstétrique de Toulouse*, mars 1912.

La conduite du chirurgien en présence d'un kyste ovarique coexistant avec une grossesse est, même à l'heure actuelle, une question encore discutée. Faut-il intervenir immédiatement et à toute période de la grossesse? Vaut-il mieux choisir une période plus opportune, dans la crainte d'un avortement ou d'un accouchement prématuré possibles? Vaut-il pas mieux s'abstenir. Autant d'opinions brillamment soutenues mais qui ne servent guère pour se décider dans le choix de « l'heure chirurgicale ». A propos d'un cas personnel où la question s'est posée, j'estimai, contrairement à l'opinion de M. Henrotay qui veut l'ovariotomie *ante partum* pour prévenir la torsion, que l'ovariotomie envisagée ainsi ne me paraît pas suffisamment indiquée. Il vaut mieux ne pas opérer pendant la grossesse les kystes ovariques qui ne sont pas une cause de dystocie.

C) TROMPES.

81. **Epithélioma papillaire ou déciduome de la trompe ?** — *Revue mensuelle de gynécologie*, septembre 1908.

En dépit des travaux de ces dernières années, il persiste encore bien des obscurités dans l'observation clinique des épithéliomas de la trompe. Leur diagnostic notamment demeure toujours d'une rare difficulté. Il m'a paru que, dans les cas favorables s'entend, la ponction de la tumeur bombant dans le Douglas permettrait de vérifier d'abord la nature liquide de la tumeur, et le cas échéant, de déceler dans son contenu des cellules cancéreuses. Faute de cet artifice, il sera impossible de différencier la tumeur d'avec une salpingite car les symptômes cliniques sont d'une grande analogie.

Quelle que soit la variété de ces tumeurs (épithéliome ou choriome), leur malignité commande une extirpation très large de la zone utéro-annexielle.

Thèse inspirée sur le même sujet : *Cancer primitif de la trompe*, au Dr Anduze-Acher, janvier 1912, Toulouse.

82. **Neoformatione lymphoïdes dans une salpingite chronique.** — *Annales de gynécologie*, août 1911, en collaboration avec M. le Dr Bassal.

L'infiltration du tissu conjonctif par les leucocytes est fréquente au cours des processus inflammatoires; par contre, la formation de centres lymphopoïétiques au sein des amas de lymphocytes est plus rare. Il n'existe qu'un nombre très restreint de publications ayant trait à des néoformations de cet ordre (Bayer, Dominici, Schredde). MM. Jeannel et Ch. Morel ont publié un exemple de néoformations semblables dans une pièce d'hydronéphrose. Jamais, à notre connaissance, il n'en avait été parlé dans les examens histologiques de salpingites chroniques. Or, il y avait dans notre cas des néoformations en tout com-

parables à des ganglions, dans un organe qui n'en contient pas à l'état normal; elles sont dues non à de la lymphadénie — l'examen du sang,



Fig. 4. — Une des nombreuses figures de formations lymphoïdes dans la paroi tubaire (Photomicrographie de M. le Pr Morel).

l'exploration de la rate et des ganglions l'a fait rejeter — mais à un processus inflammatoire qui est une vieille salpingite blennorrhagique.

83. **Sur un cas d'abcès froid tubaire unilatéral.** — *Toulouse médical*, 15 février 1912.

84. **Un cas d'hydro-salpinx tuberculeux.** — *Société anatomo-clinique*, 5 mai 1912, en collaboration avec le Dr J.-P. Tourneux, chef de clinique.

La trompe ne réagit pas toujours de même au bacille de Koch, et si la forme péritonitique est fréquente, l'abcès froid succédant ou non à l'hydro-salpinx mérite une place à part dans l'étude de la tuberculose utéro-annexielle. Ce sont généralement des femmes de vingt à trente ans qui présentent cette réaction atténuée de l'organisme au bacille tuberculeux. Cet abcès froid est une tumeur libre d'adhérences avec les organes voisins, un sac clos où évolue soit vers l'hydro-salpinx, soit vers le pyo-salpinx, l'infection tuberculeuse.

D) LIGAMENT LARGE, LIGAMENT ROND ET PÉRITOINE PELVIEN.

85. **Les hématocèlss pelviennes intra-péritonéales de la grossesse tubaire.** — Mémoire lu à la *Société de médecine de Toulouse*, le 21 février 1911.

Si l'on consulte les livres classiques de ces dernières années, la pathogénie des hématocèles pelviennes n'est ni longue, ni compliquée. Sous l'influence des idées de Gallard, Poncet, Schrœder, Veit, Lawson-Tait et Cestan, la grossesse extra-utérine est toujours à l'origine de la plupart des hématocèles, dans la proportion de 95 °/₀ (Thénard). L'accord semble donc fait et certains auteurs se refusent à admettre toute autre origine à l'hématocèle pelvienne, et cette pathogénie, après avoir soulevé des discussions brillantes, semble avoir perdu tout intérêt.

Il apparaît cependant *à priori* qu'une affection d'allure aussi variée que l'hématocèle ne peut résulter d'une lésion unique; la pathologie est trop complexe, trop indépendante d'une règle absolue pour qu'une altération toujours identique à elle-même puisse, chez des malades différents, produire des manifestations cliniques si variables dans leur intensité.

Aussi une réaction ne pouvait-elle tarder à se faire pour montrer qu'à côté des faits aussi nombreux qu'indiscutables d'hématocèles par rupture tubaire, il y avait des hématocèles indépendantes de la grossesse ectopique, et qu'il était juste de leur faire une part un peu moins parcimonieuse qu'on était porté à le faire. C'est dans cette intention d'une répartition plus équitable des divers facteurs étiologiques, d'après quelques observations personnelles où la gravidité n'était pas en cause, que j'ai entrepris des recherches et exposé cette conception.

Au point de vue historique, j'ai montré que dès 1890, Alban Doran avait parlé d'hémorragie de la trompe non gravide; puis vinrent les faits démonstratifs, car il y eut examen histologique, publiés en Angleterre par Crown, Townsend, Harold Wilson, Boveel, Weelton Hind et

Clarke; en Allemagne, c'est Kober, Freund, Gabriel, Otto-Engström, Stein qui font connaître des observations de salpingites hémorragiques, de kystes hématiques ovariens rompus, et peu à peu s'accroît le dossier des faits infirmant la théorie gravidique. En France, c'est Laroyenne, Martin, Pollosson et Tédenat qui publient dans les thèses de leurs élèves des observations d'hématocèles coïncidant avec des fibromes utérins compliqués de torsion ou de rupture. Cestan lui-même publie dans sa thèse un cas d'hémorragie bilatérale des ovaires, mais sans examen histologique. Puis viennent des observations, plus complètes à ce point de vue, de Maurange, Depage, Bender, de Rouville et Jayle, que confirment et complètent la thèse de Tartanson, le mémoire de L. Bazy, une observation de Leriche et Perducet. En présence de tant de documents, de tant de faits accumulés, on en vient à se demander comment il peut se faire que les idées qu'ils contiennent restent encore aussi méconnues. La raison en est, semble-t-il, qu'à côté de travaux comme ceux de Freund et Schambacher où tous les points ont été méthodiquement étudiés, il existe trop d'observations incomplètes où la critique a beau jeu pour réfuter notre conception. Celle-ci, on le sait, n'est pas nouvelle, elle date de Wirkow, Bernutz, Besnier, Puech, Courty et Trousseau. Si donc de nouvelles observations, appuyées sur l'examen histologique qui permettra de reconnaître la nature choriale des débris de cavité, viennent confirmer l'ancienne conception pathogénique plus variée et plus conforme à la réalité, elle rencontrera moins d'indifférents ou moins d'adversaires.

Il n'est pas toujours sans danger de parler de grossesse tubaire rompue, et Jayle a montré qu'au point de vue social, comme au point de vue clinique, il fallait être bien sûr de la grossesse ectopique pour en parler.

Or, on n'en est sûr qu'avec l'examen histologique.

Certaines lésions de la zone génitale de la femme peuvent, dans certaines conditions, donner lieu à des hémorragies intra-péritonéales : ces épanchements sanguins tombent dans le cul-de-sac de Douglas, y restent localisés et s'y enkystent du fait de la réaction péritonéale; parfois l'hémorragie, plus abondante à son origine ou non limitée dans son extension, s'étend à toute la cavité péritonéale et donne le type de

l'inondation péritonéale. Ce sont là des questions de degré, mais l'origine est la même.

Anatomiquement, on ne trouve alors ni placenta ni débris fœtal, et au microscope aucune villosité choréale. L'hémorragie résulte :

1° De lésions de l'ovaire : apoplexie de l'ovaire et ouverture ; rupture de kystes hématiques (k. folliculaires, k. des corps jaunes) ;

2° De lésions de la trompe (inflammation chronique hémorragique de ses parois) ;

3° De la coexistence de fibromyome utérin avec dilatation et rupture d'un des nombreux vaisseaux irradiés autour de la tumeur ;

4° D'autres causes plus discutables, moins précises (malformations tubaires, pachypéritonite hémorragique).

Au point de vue clinique, ces hémorragies intra-péritonéales ont la physionomie de l'inondation péritonéale ou de l'hématocèle pelvienne se constituant lentement et sujette à des poussées hémorragiques successives.

Le diagnostic d'hématocèle sera facile à faire et on évitera de la rattacher à la grossesse ectopique si la menstruation n'a eu aucune irrégularité, s'il n'y a aucun des signes appréciables de grossesse (ramollissement du col, pertes brunâtres par le vagin). Ce diagnostic devra d'ailleurs être soumis au contrôle anatomique et histologique après l'intervention, ce ne sera donc qu'un diagnostic fait après opération.

On peut donc conclure qu'*à priori* le diagnostic clinique d'hématocèle ne doit pas impliquer sûrement, comme on l'a fait trop souvent et par excès, celui de grossesse extra-utérine.

86. **Grossesse extra-utérine intra-ligamentaire, datant de dix-sept mois** (marsupialisation, guérison). — *Annales de gynécologie*, février 1908.

Les faits de grossesse extra-utérine intra-ligamentaire ayant dépassé le cinquième mois se comptent, et déjà de ce fait le long temps écoulé depuis la cessation de la gravidité n'est pas sans intérêt. Mais j'ai surtout publié cette observation à cause de ses particularités d'évolution, de diagnostic et d'aspect anatomique. La grossesse a été tubaire, puis

le kyste a rompu la paroi inférieure de la trompe et s'est développé à l'aise entre les deux feuillets du ligament large, où il a pris une extension énorme, d'où des difficultés si grandes d'extirpation, en raison des adhérences, qu'il a fallu marsupialiser.

En outre, ce fœtus n'était pas putréfié, et le liquide où il baignait était dépourvu de microbes.

87. **Hématocèle pelvienne sous-péritonéale suppurée.** — Observation publiée dans mes *Documents gynécologiques*, p. 223.

Ces formes d'hématocèle extra-péritonéale sont moins fréquentes que les intra-péritonéales, on les a même niées. Elles siègent entre les deux feuillets du ligament et le sang fuse, comme dans le cas actuel, dans la fosse iliaque du côté correspondant.

88. **Kyste multiloculaire du ligament large droit; abcès tubo-ovarien droit à streptocoques; leucoprophylaxie opératoire, guérison.** — *Toulouse médical*, 1er février 1910, en collaboration avec M. le Dr Baudet.

Cette observation est un exemple heureux des bons effets de la leucoprophylaxie par l'électrargol intra-péritonéal dans un cas qui paraissait devoir mal se terminer. J'ai institué depuis trois ans ce traitement dans mon service de clinique, toutes les fois qu'il y a eu rupture d'une poche tubaire au cours des délicates manœuvres d'extraction. Je n'ai eu qu'à m'en louer, et cette méthode mérite mieux que l'indifférence où la tinrent les auteurs d'un rapport sur les soins pré et post-opératoires à l'un des derniers congrès de chirurgie. Cette instillation par le tube à drainage à la fin d'une de ces opérations mouvementées provoque une hyperleucocytose de défense qui a fait, dans tous mes cas, — rassemblés par le Dr Baudet dans un Mémoire pour le prix Gaussail à la Société de médecine, — sa double preuve de son innocuité et de son efficacité. Cette hyperleucocytose a été constatée souvent dans mon service par l'examen histologique de la sécrétion qui sort par l'orifice du drain abdominal.

89. **Fibro myome du ligament rond** (portion abdominale). — *Annales de gynécologie*, août 1908, en collaboration avec M. le Dr Baudet.

Tumeur très difficile à diagnostiquer avant l'opération, et dont on ne possède que deux signes : situation anté-utérine de la tumeur et indépendance complète d'avec un utérus normal dans sa structure. On pourra peut-être éliminer ainsi les tumeurs de l'ovaire, les tumeurs dermoïdes spécialement et les fibromes sous-péritonéaux de l'utérus.

90. **Hématome inguino-labial par rupture de varicocèle pelvien.** — *Société anatomo-clinique*, 5 mars 1910, en collaboration avec le Dr Baudet.

E) UTÉRUS. — 1° *Malformations.*

91. **Utérus didelphe à corps indépendants.** — *Société anatomique de Paris*, janvier 1908.

Cette malformation est rare. Les utérus doubles à cols accolés, à cols fusionnés, sont plus fréquents que la variété en cause ici. De plus, l'utérus didelphe est généralement atteint d'hématométrie ; or, il n'y en avait pas trace dans mon cas, pas plus que d'hémato-salpinx. En pareille circonstance la castration totale est indiquée.

92. **Utérus double avec pyomètre unilatéral *post abortum*.** — *Annales de gynécologie*, août 1910.

2° *Tumeurs :*

93. **Fibrome utérin et albuminurie.** — *Toulouse médical*, novembre 1908.

Peut-on ou doit-on opérer les fibromes utérins compliqués d'albuminurie?

Assurément, l'albuminurie n'est pas une complication très fréquente des fibromes; mais avant de prendre un parti, il faut examiner les rapports de l'albuminurie et des fibromes. Dans un certain nombre de cas, l'albuminurie ne dépend pas du fibrome, mais plutôt d'une néphrite qui existait avant lui et évoluait parallèlement sans en être influencée. Dans d'autres cas, il y a aussi lésion rénale préexistante, mais le fibrome est venu l'aggraver; dans d'autres, enfin, c'est bien le fibrome qui est l'agent provocateur de la lésion rénale dont l'albuminurie est la manifestation appréciable. Ce qui revient à dire, en somme, qu'il faut distinguer entre les albumineries vraies et les albumineries passagères. Sont vrais, les albuminuriques dont les reins étaient déjà malades avant l'apparition du fibrome, ce sont des brightiques en état de moindre résistance. On doit opérer quand on a des raisons suffisantes d'écarter l'origine brightique des accidents, l'albuminurie devient alors une indication des plus impérieuses de l'action chirurgicale (Doyen). On distinguera les albuminuries passagères dues à une compression uretérale, à une intoxication digestive, par l'exploration méthodique des fonctions rénales. La malade qui fit l'objet de cette étude guérit de son albuminurie passagère à la suite de l'ablation de son fibrome.

94. **Fibrome du col et cancer épithélial du corps utérin.** — *Semaine gynécologique*, 3 novembre 1908.

On a pu saisir ici sur le fait les deux processus et l'une de ces tumeurs a, semble-t-il, joué un rôle dans le développement de l'autre, non point à cause du passage histologique d'une forme à l'autre ou d'une prédisposition de terrain (Richelot), mais par les lésions que le fibrome oblitérant du col a fait naître et entretenir sur la muqueuse du corps.

95. **Énorme polype utérin bilobé, en tablier.** — Publié dans mes *Documents gynécologiques*, p. 95.

96. **Fibro-myome kystique de l'utérus implanté sur la région de l'isthme et développé entre l'utérus et la vessie.** — Publié dans mes *Documents gynécologiques.*

97. **Castrstion abdominale totale pour utérus fibromateux et kystes intra-ligamentaires des deux ovaires.** — Publié dans mes *Documents gynécologiques.*

98. **Sarcome primitif du muscle utérin (dégénérescence fibro-kystique et caséeuse).** — *Toulouse médical*, 15 novembre 1908.

99. **Fibro-myome énucléé et quasi libre dans le Douglas.** — *Société de gynécologie et d'obstétrique de Toulouse*, 8 mai 1912.

100. **Première grossesse à terme dans un utérus fortement prolabé; deuxième grossesse dsns l'utérus réduit.** — *Bulletin de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Paris*, juin 1908.

La grossesse cst-elle possible dans un utérus complètement prolabé hors de la vulve, pendant entre les cuisses? Et d'autre part, dans ces conditions anormales, quelle est la conduite à tenir, c'est ce que j'ai eu le dessein de montrer par la relation d'un cas assez rare de ma pratique à la campagne. A la vérité, le prolapsus de l'utérus gravide est rare par lui-même, et il faut distinguer quelle est exactement la partie de l'organe qui se trouve hors de la vulve; en réalité, *tout* l'organe n'est jamais complètement hors du ventre. Au moment de l'accouchement, il faudra réduire autant que possible le prolapsus et, en tous cas, le maintenir, comme il fut fait ici, pendant les poussées d'expulsion.

101. **Entérocéle vaginale postérieure.** — Publiée dans mes *Documents gynécologiques.*

A côté du prolapsus dont je viens de parler, le cas présent appartient à cette variété de prolapsus où l'utérus n'est pour rien. L'intestin grêle, en refoulant la paroi postérieure du vagin et en la repoussant plus ou moins hors de la vulve, constitue l'entérocèle vaginale postérieure. En outre, au cours de l'opération, j'ai trouvé une masse fibro-lipomateuse rétro-péritonéale, qui n'a pas eu d'influence sur la produc-

tion de l'entérocèle, car son ablation ne l'a en rien modifiée, mais qui appartient à la catégorie récemment étudiée des lipomes rétro-péritonéaux.

102. **Les indicatione opératoires dans la cure des grands prolapsue génitaux.** — Etude critique publiée dans mes *Documents gynécologiques*, p. 117.

Prenant parmi mes malades trois types de prolapsus me paraissant répondre aux formes habituelles du prolapsus utéro-vaginal, je montre les indications respectives. Chacune d'elles subit la myorraphie des releveurs, ce qui est un point acquis et sur lequel tout le monde s'entend. La réaction d'une partie variable des parois vaginales est également pratiquée sans réserve, car il y a avantage à enlever le plus possible d'étoffe vaginale pour éviter toute amorce de prolapsus. Voilà pour le sac et le trajet de la hernie utérine qu'est un prolapsus; quant au viscère hernié, l'utérus, je le conserve s'il est réductible aisément et son volume à peu près normal; *a fortiori*, je le conserve si la ménopause n'est pas dépassée. Par contre, si cet utérus a dépassé la ménopause ou s'il a suffisamment rempli son rôle, s'il est par trop volumineux et lourd, s'il a largement dépassé la vulve, si, une fois réduit, il ressort et se montre incoercible, je ne vois aucun avantage à le conserver et je fais une hystérectomie totale par la voie vaginale. C'est même, soit dit en passant, la seule indication que je reconnaisse à l'hystérectomie vaginale. Par conséquent, je ne serais partisan de l'utilisation plastique de l'utérus ou de tout autre moyen de conserver l'utérus que selon l'état de l'organe et selon sa capacité fonctionnelle.

103. **Un cas d'inversion utérine puerpérale peut-être spontanée. Irréductibilité, sphacèle.** — *Revue pratique d'obstétrique et de pédiatrie*, février 1909.

104. **Traitement de l'endométrite chronique par lee crayons inter-utérine de salicylate de méthyle et d'airol.** — Communication au 2e *Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie*, Marseille, 1899.

105. **Torsion axiale de l'utérus par fibrome implanté sur la paroi antérieure, sphacèle interetitiel du fibrome.** — *Société d'obstétrique de Toulouse* et compte rendus de la G. O. P., mai 1911.

F) VAGIN ET VULVE.

106. **Un cas de fibrome du vagin.** — *Semaine gynécologique*, 17 avril 1908.

La question de diagnostic différentiel, un instant délicate, mais vite résolue, ce cas remet en discussion la véritable origine du fibrome vaginal. Est-il purement vaginal, ou bien est-il émigré de l'utérus, ayant secondairement rompu toute attache avec ce dernier? Cette observation serait en faveur de l'origine utérine. Ces fibromes vaginaux sont à enlever à cause de leur dégénérescence possible, et d'autre part à cause des hémorragies profuses qu'il peut donner. Chez ma malade, il semblait que le fibrome vaginal fût plus hémorragipare que le fibrome utérin.

107. **Kystes muqueux des petites lèvres.** — Communication au *Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie de Toulouse*, septembre 1910, en collaboration avec M. le Pr Audebert.

Les kystes des petites lèvres, de volume si variable, comme le montrent nos observations, sont beaucoup plus rares que les tumeurs kystiques des grandes lèvres. Ils peuvent provenir de différentes origines :

1° Des vestiges embryonnaires de la partie inférieure du canal de Wolff (caractérisées par un épithélium prismatique simple);

2° Aux dépens de l'urètre (épithélium prismatique simple);

3° Aux dépens des conduits de Muller (pavimenteux stratifié du type vaginal);

4° Aux dépens d'un diverticule urétral (pavimenteux stratifié sans papilles dermiques);

5° Aux dépens des glandes de Skene (épithélium pavimenteux stratifié);

6° Aux dépens de glandes méso-vaginales aberrantes (épithélium pavimenteux stratifié).

Nos recherches nous ont permis d'établir comme fréquente la provenance du canal de Wolff ou plutôt des portions aberrantes de ce conduit; dans un certain nombre d'autres cas, les kystes prendraient naissance dans les glandes vestibulaires. Au point de vue histologique, nous distinguons deux types de ces tumeurs : celles qui sont fournies d'un revêtement épithélial et celles qui n'en ont pas. Sous l'influence d'une prolifération active, intéressant l'épithélium ou le tissu conjonctif, ces kystes — quel que soit le groupe auquel ils appartiennent — donnent des formations papillomateuses (adéno-cystomes de Bluhm).

108. **Glandes et tumeurs péri-urétrales.** — Mémoire lu en tribut académique à la *Société de médecine de Toulouse,* le 1er mars 1909.

Les affections inflammatoires (blennorrhagiques) de ces petits conduits tubulés situés sur les côtés du méat urinaire chez la femme, les tubes ou glandes de Skene, de Robert, sont souvent négligés dans les examens gynécologiques. C'est un tort, car on trouve là l'explication de beaucoup d'écoulements urétraux rebelles aux traitements cependant bien faits. Mais ce n'est pas là le but de cette étude : j'ai voulu, avec deux cas personnels, montrer que ces tubes ou glandes peuvent être l'origine de véritables tumeurs ou d'abcès relativement volumineux. Les abcès — à gonocoques ou à staphylocoques — viennent faire saillie sous la paroi inférieure de l'urètre et font bomber la paroi vaginale supérieure. Assurément il y a des degrés dans ces abcès (petits, moyens, gros) et le diagnostic est à faire avec l'urétrocèle. Dans mon cas, l'abcès obturait presque l'entrée du vagin et était irréductible.

Les tumeurs, kystiques le plus souvent, ont également le même siège. Embryologiquement, ces kystes de la paroi antérieure du vagin rentrent dans la même interprétation (origine Wolffienne) que les autres kystes du vagin.

109 **Deux cas de tuberculose de la vulve** (forme hypertrophique et forme ulcéreuse). — Publiées dans les *Annales de gynécologie*, décembre 1907.

Le premier cas concerne une tuberculose hypertrophique non ulcérée et est très rare, car la forme la plus commune, et la mieux connue par conséquent, est la forme ulcéreuse (2e cas). En présence de la forme hypertrophique, mal connue jusqu'aux recherches histologiques de ces dernières années, on a pensé tour à tour au sarcome, à la syphilis, à l'éléphantiasis, jamais à la tuberculose qu'on est habitué de reconnaître à ses ulcérations. La tuberculose hypertrophique est, en pathologie, une acquisition récente, ici comme ailleurs.

110. **Cancers primitifs de la vulve** (considérations anatomiques et opératoires). — Publiés dans mes *Documents gynécologiques*.

VI.

ORGANES GÉNITO-URINAIRES DE L'HOMME.

A) MALFORMATIONS.

111. **Les malformations congénitales des organes génito-urinaires et de l'anus au point de vue chirurgical.** — Mémoire qui a obtenu le PRIX GAUSSAIL en 1904, à la *Société de médecine de Toulouse*.

Ce mémoire de 200 pages est resté inédit. Son plan général comprenait l'étude critique des techniques opératoires et l'appréciation, personnelle autant que possible, des résultats opératoires et thérapeutiques, dans les diverses malformations. Parti de l'idée que le critérium de la valeur d'une technique devait être le rétablissement, ou tout au moins l'amélioration de la fonction propre à l'organe traité, j'ai examiné dans ce sens les résultats des opérations variées autant qu'ingénieuses dirigées contre le rétrécissement congénital de l'urètre, les divers degrés de l'hypospadias, contre l'épispadias, l'exstrophie de la vessie, les fistules ombilico-vésicales, l'ectopie testiculaire, l'hermaphrodisme, chez l'homme; chez la femme les malformations vulvo-vaginales, utérines, annexielles ont été examinées à leur tour. Enfin, les malformations anales accompagnant souvent les malformations urinaires, j'ai consacré un dernier chapitre aux imperforations de l'anus et du rectum, dans leurs divers degrés. Dans un aussi vaste sujet, j'ai dû me borner et j'ai laissé de côté les malformations urinaires supérieures, de l'urétère et du rein; je n'en avais, d'ailleurs, pas trouvé d'observation, avec intervention, dans les services d'hôpitaux toulousains, et ce que j'aurais pu écrire n'eût été qu'une compilation sans profit, tandis que j'avais vu opérer et pu retrouver ensuite les malades

porteurs des malformations plus fréquentes que j'ai énumérées au début.

112. **Un cas de vessie à deux loges.** — *Toulouse médical*, février 1901; en collaboration avec M. le Pr agrégé Bauby.

113. **Les dérivés pathologiques de l'ouraque.** — Revue générale. In *Gazette des Hôpitaux*, 16 février 1901.

L'observation précédente fut le point de départ de recherches sur la question de la perméabilité de l'ouraque qui font l'objet de la présente revue générale.

En dehors des phénomènes normaux d'oblitération de l'ouraque, je rappelle que ce conduit peut rester perméable, dans certains cas, d'une façon complète après la naissance : la lumière filiforme qu'il présente donnera passage à l'urine dans les cas où l'écoulement par les voies naturelles sera obstrué (Bérard). Cette condition ne serait pas même nécessaire dans certains cas (Forgue et Billard).

Cette perméalilité admise, on observera deux variétés de productions :

Les fistules urinaires ombilicales (ombilico-vésicales) précoces ou tardives et les kystes de l'ouraque.

A) *Fistules urinaires.* — Dans un résumé historique, on voit la perméabilité successivement admise ou niée; puis je classe les observations en trois groupes :

1° Il n'y avait pas obstacle au cours de l'urine et pas de tumeur à l'ombilic;

2° Il n'y avait pas obstacle au cours de l'urine, mais tumeur à l'ombilic;

3° Il y avait obstacle.

Ce qu'il y a de plus rationnel à admettre comme étiologie c'est le vice du développement, coïncidant souvent avec d'autres malformations.

D'après les recherches cadavériques, il est prouvé maintenant que l'ouraque reste perméable après la naissance et que son canal donnera

passage à l'urine quand les voies naturelles seront obstruées. Cette perméabilité pourrait être rétablie par l'infection (Delorc et Molin).

La symptomatologie de ces fistules ombilicales congénitales peut se résumer dans la forme, le volume, les caractères de l'orifice fistuleux, le calibre de la fistule.

Pour les fistules *tardives*, le tableau change, l'urine fait brusquement issue au niveau du nombril, avec ou sans abcès préalable. Aux signes des fistules congénitales s'ajoutent des troubles fonctionnels.

Le *diagnostic* ne présente pas de grandes difficultés : une tumeur à l'ombilic, de laquelle sort un liquide d'odeur urineuse, frappe tout d'abord. On ne la confondra pas avec le cordon, on fera facilement le diagnostic avec le papillome, très hémorrhagipare. Dans les cas d'abcès antérieur, dans les fistules tardives, éliminer les phlegmons de la paroi abdominale, le phlegmon pré-vésical, les péritonites aiguës ou chroniques, les fistules traumatiques, les fistules d'origine biliaire.

Sans tendance à la guérison spontanée, ces fistules peuvent, d'autre part, s'infecter. Cette infirmité peut devenir un danger

Traitement : palliatif (prothèse) ou curatif (extirpation).

Dans les fistules congénitales, ne pas se hâter d'intervenir.

Dans les fistules tardives, rejeter les cautérisations et faire soit la ligature, soit la résection de l'ouraque.

B) *Kystes de l'ouraque*. — Assez rares et interprétés d'une façon erronée, notamment par L. Tait.

Ils trouvent leur explication dans la perméabilité et le cloisonnement partiel de l'ouraque.

Comme ils avaient vu, dans certains cas, ces kystes coïncider avec d'autres manifestations tuberculeuses, Lawson-Tait, Robinson et Freer voyaient là une relation de cause à effet. De plus, bien des kystes de l'ouraque décrits et opérés par eux n'étaient que des péritonites tuberculeuses enkystées; il n'est plus étonnant dès lors qu'ils parlent de leur fréquence et qu'ils aient pu en réunir quatorze cas. Or, à lire leurs observations, on voit que ces kystes avaient des prolongements pelviens englobant parfois la trompe et que les caractères de la paroi

avaient de trop grandes analogies avec ceux des parois tuberculeuses pour qu'il n'y ait plus aujourd'hui de méprise possible.

Le véritable kyste de l'ouraque est, au contraire, une rareté; il tient à la vessie par sa base, à l'abdomen par sa face antérieure et son sommet, et le microscope y retrouve les tuniques de l'ouraque normal, non dilaté : témoin le cas dont j'ai déjà parlé.

Aussi, me livrant à une revision des quatorze cas rapportés, il n'en reste plus que quatre que je considère comme des kystes authentiques. Cette rareté, le professeur Kirmisson l'avait déjà soupçonnée dans son livre, où il émettait les doutes les plus significatifs sur les faits rapportés. C'est ce doute qui m'a engagé à examiner de près le texte des auteurs anglais et m'a fait découvrir la méprise.

On n'aura pour ainsi dire jamais à faire de diagnostic de kyste de l'ouraque et ce ne sera que pendant l'incision de la paroi abdominale qu'on fera la trouvaille d'un kyste semblable, — les gros kystes s'entend, — car il peut y en avoir de petits, comme j'en ai observé sur des parois que je disséquais par la face postérieure. Si donc on trouve un kyste, le mieux est d'en faire, séance tenante, l'extirpation.

114. **Un cas de testicule en ectopie pelvienne rétro-vésicale.** — En collaboration avec le Pr Charpy. *Archives provinciales de chirurgie*, 1er mars 1894.

Sur un sujet des travaux pratiques d'anatomie, je découvris un testicule retenu en position anormale. Dans sa descente, il avait été arrêté et fixé par des brides péritonéales à la face postérieure et supérieure de la vessie au-dessus et en dehors de la vésicule séminale correspondante. Il était atrophié dans son volume seulement, car le microscope put y montrer la présence des tubes normaux; l'épididyme était normal, et le cordon lui faisant suite ne présentait rien de particulier; mais ce qu'il y avait d'intéressant c'était de voir un cordon plein partant du pôle inférieur de la glande et allant s'insérer au fond de la bourse correspondante inhabitée. M. Charpy fit des coupes de ce cordon plein et le reconnut pour être le gubernaculum. En outre de l'intérêt que présente cette pièce au point de vue de la migration, elle a ce caractère d'être unique pour la situation, et Sébileau en fait une variété

rare d'ectopie abdomino-pelvienne[1]. Il m'a été en effet impossible de retrouver un cas analogue dans la littérature.

115. **État rudimentaire de la verge sans autre malformation génitale chez un enfant de sept ans.** — *Société anatomo-clinique*, 21 mars 1912, et *Toulouse médical*, 15 mai 1912, en collaboration avec M. Boularan, interne.

B) URÈTRE, VESSIE, REIN.

116. **Rétrécissement large de l'urètre et fistules périnéales multiples.** — *Société anatomo-clinique*, le 5 octobre 1901, et *Toulouse médical*, 1er décembre 1901.

117. **Rupture traumatique de l'urètre par fracture du bassin ; dérivation temporaire sus-pubienne des urines.** — *Société de chirurgie de Toulouse*, le 21 mars 1912, et *Archives médicales de Toulouse*, n° du 1er avril 1912.

La dérivation temporaire des urines, résultant d'une cystostomie par cathétérisme impossible par l'urètre rompu, mit le canal au repos et en bon état de cicatrisation de la plaie par fracture du bassin. Cette dérivation est un véritable progrès pour la cure rapide des fistulisations, des solutions plus ou moins grandes de continuité du canal urétral. Les avantages sont infiniment supérieurs à ceux de la sonde à demeure ainsi qu'on faisait jadis.

Observations fournies à la thèse du Dr Roquette, 1912, sur le même sujet.

118. **Les cystocèles herniaires méconnues.** — Leçon clinique publiée par la *Province médicale*, 17 juillet 1910.

J'ai voulu, dans cette leçon, montrer la relative fréquence de ces glissements de la vessie dans les sacs herniaires des adultes et des vieil-

1. Sébileau « Anomalies de migration », in *Traité de chirurgie*, Le Dentu et Delbet (tome X, p. 21).

lards, et indiquer quels signes pouvaient faire penser à cette surprise au cours des opérations de hernie libre ou étranglée. Après avoir étudié le mécanisme, le rôle du lipome pré-herniaire, montré la disposition anatomique et les rapports de la vessie avec le sac, indiqué les caractères extérieurs qui doivent mettre en garde contre des sections maladroites, j'ai donné les indications à remplir en cas d'ouverture accidentelle et finalement parlé de la bénignité, avec exemples de malades à l'appui, de cette complication si elle est reconnue à temps et traitée convenablement.

119. **Volumineux prolapsus rectal par dysurie calculeuse chez un enfant.** — A paraître dans le nº de juin 1912 du *Journal d'urologie*, sous presse.

L'observation de ce volumineux — et je crois unique — prolapsus rectal chez un enfant a paru résumée dans la thèse de mon élève, le Dr Aubiban (*Tolérance inégale des calculs vésicaux*, Toulouse, 1912). Elle doit paraître, à titre de *fait clinique*, dans le numéro de juin du *Journal d'Urologie*. C'est un exemple curieux de ce que peut provoquer le ténesme entretenu par un calcul vésical que son petit volume dispose à l'intolérance. Dans la thèse d'Aubiban, j'ai donné d'autres exemples de gros calculs, l'un pesant 137 grammes, plus facilement tolérés et certains même longtemps méconnus et découverts par hasard.

120. **Formes cliniques et histologiques rares de deux tumeurs vésicales.** *Société anatomo-clinique*, séance du 20 mars 1912, et *Toulouse médical*, 15 avril 1912, p. 127, en collaboration avec M. Canal, interne.

Les tumeurs vésicales peuvent ne pas se présenter toujours au début sous la forme hématurique classique; l'hématurie peut ne venir que tardivement, ainsi qu'il advint chez notre premier malade où les accidents vésicaux furent longtemps représentés par une cystalgie singulière survenant à la fin de la miction et s'opposant à toute exploration endo-vésicale (cathétérisme, cystoscopie). L'opération montra une tumeur végétante étalée en nappe sur la paroi antérieure et inférieure de la vessie, contre-indiquant par cette dernière extension toute tenta-

tive de cystectomie partielle. La tumeur, examinée par M. le professeur Ch. Morel, ne paraissait pas trop maligne, ce qui aurait engagé à l'enlever n'eût eté la propagation au trigone.

Le deuxième cas (tumeurs pédiculées) était une récidive maligne, six ans après, d'une tumeur semblable mais bénigne enlevée *au même endroit* par le professeur Cestan. Cette récidive maligne, au même point, est encore contestée.

121. **Pyonéphrose calculeuse, lithiase oxalique du bassinet.** — *Société de médecine*, 11 juin 1911.

Cette observation servit à examiner l'indication de la pyélotomie ou de la néphrectomie dans cette lithiase infectée. L'examen histologique montrant la destruction de la substance corticale justifia après coup la néphrectomie, qui avait paru cliniquement la seule intervention rationnelle dans ce cas.

VII.

MEMBRES.

A) MÉDECINE OPÉRATOIRE, TECHNIQUE GÉNÉRALE, GÉNÉRALITÉS.

122. **Les ligatures d'srtères à l'amphithéâtre.** — Précis iconographique, en collaboration avec le Dr Rougean, médecin des asiles. 1 vol. de 162 pages avec 177 figures dans le texte. Maloine, éditeur, Paris, 1909.

Écrire un Précis de médecine opératoire, à l'heure actuelle, après celui si parfait de Farabeuf, eût été une étrange autant que vaine prétention si nous n'avions eu en concevant celui-ci un dessein tout différent. Plus modeste ici pourrions-nous dire, car nous nous ne visions qu'à faciliter davantage l'exécution des ligatures usuelles par un mode d'enseignement peu en usage dans les livres classiques.

Pour guider les premiers gestes des apprentis en médecine opératoire, il convient de rappeler à ceux-ci souvent et presque à satiété, pour chaque ligature, l'anatomie de la région opératoire en même temps qu'on leur apprend les diverses manœuvres de la ligature. Par cette vue synoptique en quelque sorte des données anatomiques et opératoires, l'élève disciplinera avantageusement son esprit à leur mise à exécution simultanée. C'cst cet enseignement parallèle que nous faisions depuis plusieurs années déjà, aux travaux pratiques, nous aidant de schémas, de coupes, de planches murales, de pièces anatomiques. Il faut, en effet, parler plus encore aux yeux qu'à l'esprit des débutants.

Ce procédé de leçons de choses qui nous a réussi, ne pouvait-il être

durablement fixé dans un livre? Nous l'avons essayé en reproduisant ces coupes, schémas, dessins connus ou imaginés pour les besoins du moment, en photographiant aussi les attitudes des mains et des instruments de l'opérateur et de son aide, pour chaque temps de la ligature. Ce n'est pas encore de la cinématographie, mais une reproduction des attitudes successives et importantes de l'opérateur dans une ligature que la gravure rend plus accessibles qu'une description à l'esprit du débutant.

Un tel livre veut être surtout un vade-mecum d'amphithéâtre, propre à donner à l'élève, au moment de faire la ligature, les indispensables notions d'anatomie régionale dans le point spécial de la ligature et de technique opératoire. Dans ce but, nous nous sommes interdit toute digression, tous les à-côtés de la ligature ; nous avons élagué aussi de notre cadre la description des ligatures dites exceptionnelles. L'élève trouvera ici *tout* ce qu'il doit savoir en pratique moyenne, et *rien* que cela.

Dans un premier chapitre, nous donnons les conseils généraux sur les instruments indispensables, la préparation du sujet, sur le rôle de l'aide, sur l'exploration de la région, sur les points de repère osseux et musculaires, enfin sur les lignes indicatrice et opératoire.

L'opération en général, la description schématique d'une ligature type avec tous les détails de technique, sont traitées dans le deuxième chapitre.

Dans les chapitres suivants sont étudiées les ligatures en particulier du membre supérieur, du tronc et du cou, du membre inférieur. Les ligatures exceptionnelles de la tête, de la fesse, les ligatures des vaisseaux iliaques, etc., qui sont du ressort de la grande chirurgie spéciale, ont été omises à dessein, pour rester dans le cadre que nous nous étions fixés d'un livre pratique pour l'étudiant. Plus tard, dûment instruit de la technique élémentaire et désireux de compléter son bagage chirurgical, il abordera alors avec plus de fruit le livre magistral de Farabeuf, si riche de matière et de notes, si vivant aussi par son style, et le goûtera mieux.

123. **Résultat éloigné d'une amputation fémoro-rotulienne de Gritti** — *Archives provinciales de chirurgie*, juillet 1903.

En dépit de chaleureux plaidoyers, cette amputation ostéo-plastique est lente à obtenir la faveur de la majorité des chirurgiens. On lui a reproché son inutilité, sa difficulté d'exécution, ses dangers par infection ultérieure, son incapacité à atteindre le but. En réalité, ces reproches sont injustifiés parce qu'ils ont été émis sous l'impression des résultats défectueux de la période préantiseptique, et ils ne sont plus soutenables depuis les progrès de la technique opératoire générale.

Je réfute à mon tour, avec l'heureux résultat obtenu par ma malade, ces divers arguments. Et je montre trois ans après, à l'aide d'une radiographie, que la rotule est toujours soudée au fémur, et je conclus en faveur de cette opération qui donne un moignon indolent, permettant un appui direct et solide; par sa confection, ce moignon conserve à la cuisse son mouvement de flexion dans toute son étendue, et ce moignon, finalement, est exempt d'atrophie musculaire et de conicité.

124. **Procédé d'amputation de l'avant-bras au tiers moyen et supérieur.** — *Archives médicales de Toulouse*, 5 octobre 1897.

C'est une variante du procédé de de Grœfe, en forme de Λ, à sommet supérieur très émoussé, et à un seul lambeau.

125. **Quelques cas d'ostéo-synthèse par l'agrafage métallique de Jacoël.** — *Société anatomo-clinique*, 20 février, 1910.

Plusieurs malades atteints de fracture, de pseudarthrose, plusieurs réséqués du genou sont présentés pour montrer l'efficacité et l'innocuité de ce mode de suture osseuse perdue.

126. **Ostéotomie en articulation de compas** (procédé du Pr Jeannel) **pour déviation curviligne des tibias rachitiques.** — Présentation du petit malade à la *Société anatomo-clinique*, le 20 décembre 1909.

127. **Anesthésie générale par injection intra-rachidienne de cocaïne.** — *Société de médecine,* 21 juin 1901.

Ce fut la première application, à l'Hôtel-Dieu, de la méthode alors toute récente de Bier-Tuffier. La malade avait un prolapsus utérin pour lequel je fis une hystérectomie vaginale.

128. **Les tumeurs inflammatoires des membres simulant le sarcome.** — Revue générale; in *Gazette des Hôpitaux,* 22 février 1912, p. 363.

Les faits nombreux et certainement disparates qui ont été groupés sous le nom de sarcomes demandent à être vus de plus près et à l'avenir à être mieux interprétés. En effet, il est arrivé un certain nombre de fois déjà que des tumeurs étiquetées sarcomateuses par l'histologiste guérissaient spontanément ou après des opérations incomplètes. La radiothérapie même a eu tantôt les plus heureux effets sur tel sarcome et tantôt une action nulle sur tel autre, cependant identiques histologiquement parlant. D'autres anomalies du même genre pourraient être rappelées, si bien que Tuffier a déclaré que le sarcome était un « chaos pathologique ». Dans ce groupe trop vaste, il faut faire des distinctions pour restituer à la syphilis, à la tuberculose, aux diverses mycoses, au simple tissu inflammatoire ce qui leur revient, ainsi que le prouvent d'aventure les traitements spécifiques.

A tort on a parlé de faillite de l'histologie devant ces méprises du diagnostic; il semble plus sage d'admettre à l'avenir moins facilement l'idée du sarcome. Ces erreurs de diagnostic ont une énorme importance puisqu'elles conduisent à des interventions opératoires excessives, telles que l'amputation d'un membre, alors qu'il n'en était parfois nul besoin, ainsi que des exemples frappants en ont été rapportés à la Société de chirurgie par Routier, Arrou, Morestin, Savariaud. Un exemple personnel dans lequel on avait cliniquement et histologiquement porté le diagnostic de sarcome et qui guérit spontanément, et cela depuis trois ans, en est une preuve nouvelle et impresssionnante.

Le cas d'Arrou était de tous points comparable au mien.

Poncet essaie d'expliquer ces contradictions au profit de sa conception des tuberculoses inflammatoires, produisant des inflammations chroniques à tendances hypertrophiques. Ces tumeurs inflammatoires devraient d'après lui revenir à la tuberculose ou à la syphilis. Delbet établit des relations entre les myéloplaxes et les cellules géantes de la tuberculose, et Gougerot les confirme en montrant les formes de passage sur une même coupe.

Il y a donc tout un travail de revision de nos connaissances sur le sarcome qui est en train de s'opérer. Les inflammations chroniques, de virulence atténuée, donneraient les mêmes réactions cellulaires mais n'auraient pas la même malignité que le sarcome.

Pour conclure, le clinicien comme l'histologiste devra penser à ces similitudes, et ce dernier multiplier ses coupes et employer d'autres recherches de laboratoire pour dépister la tuberculose, la sporotrichose, la syphilis, avant de parler de sarcome, car la conséquence de ce diagnostic est une intervention mutilante qu'il ne faut entreprendre qu'avec de sérieuses raisons d'agir.

B) MEMBRE SUPERIEUR.

129. **Le doigt en marteau.** — *Société de médecine de Toulouse*, le 1er février 1897, et *Archives médicales de Toulouse*, 1er et 15 juin 1897, en collaboration avec le Dr Secheyron.

Cette affection peut être définie : l'attitude du petit doigt en flexion avec impossibilité de l'extension complète des deux dernières phalanges sur la première.

Cette affection est très fréquente; l'un de nous, dans l'espace d'un an, put prendre l'empreinte de six mains de personnes atteintes de cette affection.

L'anomalie avait été comparée par Adams et Anderson à l'orteil en marteau, comparaison logique si l'on considère l'origine, la nature, la forme du mal; elle ne peut être complètement soutenue au point de

vue des troubles fonctionnels. Tandis que l'orteil en marteau gêne la marche et exige souvent une intervention, le doigt en marteau est une difformité facile à tolérer, la main étant un merveilleux instrument d'adaptation, dont les parties sont capables de se suppléer, de se porter secours.

C'est ainsi qu'il faut expliquer la brièveté des auteurs sur cette affection :

Chassaignac, le premier (1840), disséqua un doigt en marteau; Nicaise en fait une anomalie due à un prolongement fibreux des tendons de l'adducteur et du court fléchisseur allant s'insérer à l'extrémité supérieure de la deuxième phalange.

Adams fit une communication sur cette affection et pensa à une insuffisance des lombricaux et des interosseux; tandis que Coudray (1895) suppose qu'il s'agit là d'une lésion primitivement articulaire, due à une brièveté des ligaments dans le sens de la flexion.

La pathogénie de cette affection n'est donc pas établie sur des preuves certaines; or, le traitement ne pourra être efficace que s'il est dicté par la pathogénie. C'est pourquoi nous avons essayé d'édifier une pathogénie basée sur la dissection de plusieurs pièces offertes à notre examen.

Étiologie. — C'est une anomalie de l'adulte, en ce sens qu'elle s'accentue à cet âge; mais elle existe dès l'enfance, ainsi que l'un de nous put le constater sur plusieurs sujets examinés dans les écoles.

Chez les enfants, la difformité passe inaperçue parce que la flexion est l'attitude presque naturelle de la main à cet âge.

A douze, quinze ans, il y a bien encore cette tendance à la demi-flexion, mais elle n'est guère accentuée et passe inaperçue.

C'est vers vingt ans, après l'accroissement du squelette, que l'affection est constituée; dans un âge avancé, les raideurs articulaires accentueront les lésions.

C'est chez les femmes surtout que s'observe cette difformité.

Le petit doigt est surtout atteint; l'annulaire peut l'être en même temps que le cinquième doigt; il est fréquent d'observer la difformité à chaque main.

Enfin, l'hérédité serait un autre de ses caractères.

La flexion porte, en général, sur la première articulation phalangienne. Bien rarement elle siège sur la seconde.

La disparition de la flexion est impossible ; l'extension ne peut être obtenue par aucun moyen. La flexion, en revanche, peut se compléter ; l'angle plus ou moins obtus se ferme : il s'ouvre de quelques degrés seulement ; puis, un obstacle insurmontable arrête tout mouvement. L'articulation est bridée solidement.

La peau est normale ; la palpation permet de sentir sur le dos du doigt une saillie allongée, forte, continuant la phalange ; il semble que le diamètre antéro-postérieur soit augmenté au delà de la normale.

L'affection est absolument indolore ; sans le moindre souci, les malades gardent leur infirmité ; toutefois, certaines professions peuvent devenir difficiles (une de nos observations concerne une pianiste qui réclamait une intervention parce que son doigt frappait une touche à faux).

Cette affection est si spéciale qu'elle ne paraît pas devoir prêter à de grossières erreurs (lésions cutanées, aiguës ou chroniques ; rétraction de l'aponévrose palmaire, lésions osseuses ou des gaines, de nature tuberculeuse, syphilitique, rhumatismale).

J'ai déjà dit que Coudray avait soupçonné l'existence de malformation articulaire primitive ; le professeur Tillaux l'admettait aussi.

Cette malformation existe, comme nous l'a montré la dissection de plusieurs pièces qu'un heureux hasard a réuni dans nos salles de dissection.

Dans nos cinq pièces disséquées et examinées sur une coupe antéropostérieure, il y avait toujours une extrémité phalangienne plus développée qu'à l'état normal, ce qui donnait aux ligaments qui s'y inséraient l'impression d'une brièveté disproportionnée. Cette disproportion date de l'époque où s'est formée l'articulation, puisque les ligaments se constituent au moment de l'apparition de l'articulation.

Si la marche de l'évolution osseuse est normale, les ligaments seront suffisants ; si, au contraire, vers la septième année, le point complémentaire se développe au point de constituer une saillie débordant la face antérieure de la phalange supérieure, les ligaments préformés

seront trop courts. Les ligaments antérieurs, et surtout les latéraux plus forts, limiteront l'extension, brideront l'extrémité phalangienne hypertrophiée, la retenant comme un taquet placé en avant de l'articulation.

Le point complémentaire ne se soudant que vers la vingtième année, c'est à ce moment de complet développement que l'affection s'accusera nettement.

Le traitement chirurgical ne sera ni la section des fléchisseurs, ce qui aggraverait la lésion (cas personnel), ni la résection de l'article, dont l'ankylose serait pire que la difformité, mais simplement la résection de la partie osseuse de la deuxième phalange qui déborde en avant la tête de la première phalange.

130. **Luxations métacarpo-phalangiennes multiples par cicatrisation de brûlures étendues.** — Communication à la *Société anatomique*, mai 1902.

Le cinquième métacarpien est luxé en avant, ainsi que les trois autres, et le massif métacarpien, dans son entier, est rejeté vers le bord radial de l'avant-bras.

De plus, toute la face dorsale de la première phalange répond intimement à la face dorsale du métacarpien. La deuxième phalange est fortement fléchie, à angle aigu, sur la face palmaire de la première, devenue maintenant dorsale; la troisième phalange est fléchie vers la paume, ce qui donne au petit doigt la forme et l'attitude du petit orteil.

Pour les quatrième et troisième métacarpiens, lésions analogues.

Quant au deuxième métacarpien, la luxation antérieure existe aussi, mais la cavité glénoïde répond au tiers postérieur du condyle métacarpien; aussi, le doigt est-il perpendiculaire à l'axe du métacarpien; les deuxième et troisième phalanges sont fortement fléchies et regardent la paume.

Le métacarpien du pouce est en abduction.

Les tendons sont moulés sur la déformation. Seule, l'aponévrose dorsale est rétractée, mais à elle seule n'a pu produire ces malformations complexes.

Cette pièce est un exemple assez rare de luxations consécutives à des brûlures.

131. **Malformatione osseuses complexes à la suite d'une fracture non consolidée du condyle externe de l'humérus.** — *Société anatomique*, juillet 1903.

La pièce est de la même provenance que la précédente. Il y a eu fracture du condyle externe à l'âge d'activité formatrice du squelette; il y a eu pseudarthrose, et le fragment condylien resté libre, au lieu de se résorber, s'est hypertrophié (Hoffa). Le volume de cet ancien condyle ne laisse aucun doute sur son altération hypertrophique. Néanmoins, le fragment osseux a été utilisé dans les mouvements de flexion, ainsi qu'en témoigne la surface revêtue de cartilage en rapport avec la cupule radiale. De plus, il y a des lésions superficielles d'arthrite déformante des surfaces articulaires, et des inflexions huméro-cubitales anormales.

132. **Luxation du carpe en avant avec fracture radio-cubitale inférieure.** *Société anatomo-clinique*, 20 janvier 1906.

133. **Groe earcome du tricepe brachial à évolution cutanée.** — *Archives provinciales de chirurgie*, 1er juillet 1908.

La radiographie n'ayant montré aucun prolongement sur l'os, on se contenta de l'ablation simple et large de la tumeur, malgré sa nature sarcomateuse. Il y eut, néanmoins, guérison durable.

D'aucuns auraient peut-être proposé une ablation du membre, mais les faits ont prouvé qu'une ablation totale du muscle ou du groupe musculaire, mais ablation totale au ras des insertions charnues, sera souvent suffisante pour enlever la totalité du néoplasme. Cette conception chirurgicale a été vérifiée et prônée depuis par Guérin et Lecène, Cavaillon et Alamartine.

Un autre point de cette observation est la bénignité relativement grande des exérèses musculaires larges, au point de vue des troubles fonctionnels ultérieurs. Mon opéré, revu six ans après l'opération, se

servait de son bras d'une façon suffisante, malgré l'absence du triceps, ce qui eût paru jadis une chose impossible. Quel que soit l'agent de la suppléance musculaire ou qu'il soit demeuré sur les bords quelques faisceaux fibreux échappés au bistouri, le fait est là et il n'est plus isolé à l'heure actuelle où l'on s'est engagé dans cette voie de la myectomie simple dans les sarcomes musculaires, ainsi que le prouve la revue faite par Lecène dans le *Journal de Chirurgie*, juin 1911.

134. **Fracture incomplète de l'extrémité inférieure de l'humérus chez un enfant.** — *Société anatomo-clinique*, 20 janvier 1906.

135. **Radiographie d'une ancienne fracture pathologique chez un syphilitique.** — *Société anatomique de Paris*, juin 1901.

136. **Ostéomyélite bipolaire de l'humérus; désarticulation de l'épaule.** — *Société anatomo-clinique*, 5 novembre 1905.

137. **Arthropathie syringomyélique.** — *Toulouse médical*, 15 avril 1911, en collaboration avec M. le Pr agrégé Raymond Cestan.

138. **Désarticulation inter-scapulo-thoracique pour arrachement du bras à la partie moyenne et scalp de l'épaule.** — *Société anatomo-clinique*, 20 avril 1912.

139. **Fracture de l'angle inférieur de l'omoplate (fracture de Desault).** — *Société anatomo-clinique*, 15 octobre 1900, et *Toulouse médical*, novembre 1900.

Dans le cas que j'observai à l'hôpital, je constatai nettement le fragment triangulaire entraîné en bas et en avant par le grand dentelé. Le malade garda longtemps de l'impotence dans le mouvement d'élévation du bras. La radiographie donna peu de renseignements, alors que par l'examen clinique on percevait nettement sous la peau la solution de continuité.

Cette observation a été le point de départ de la thèse de M. Albert : *Les fractures de l'angle inférieur de l'omoplate*, Toulouse, 1900-1901.

140. **Sarcome de l'omoplate; scapulectomie.** — *Société anatomo-clinique*, 5 octobre 1910.

Chez cette malade, le sarcome, histologiquement constaté, s'implantait sur l'acromion et paraissait bien limité. Je crus suffisant de faire, dans une première opération, l'ablation de l'acromion; mais, deux mois après, la malade revenait en pleine récidive et il fallut faire l'ablation du scapulum.

L'intérêt de cette observation réside dans la conduite tenue pour obtenir, après la scapulectomie, un résultat fonctionnel satisfaisant. La réfection comprend deux temps : la fixation de l'humérus, la suture des muscles. J'ai conservé l'extrémité externe de la clavicule et fixé la capsule humérale à la clavicule; j'ai suturé les muscles en utilisant trapèze, deltoïde, angulaire et rhomboïde. Cette technique ne m'est nullement personnelle; elle est exposée dans l'intéressant travail de Quénu et Renon (*Revue de Chirurgie*, 1903).

141. **Kyste hématique du nerf cubital.** — *Société anatomique de Paris*, mai 1912, en collaboration avec M. le Dr J.-P. Tourneux.

Bien qu'il n'y ait jamais eu ici de traumatisme local, le malade portait, depuis vingt-cinq ans, une petite tumeur sur le trajet du cubital, au milieu du bras. C'est depuis deux mois seulement avant l'intervention qu'elle devint douloureuse et donna des troubles sensitifs et moteurs de l'annulaire et de l'auriculaire.

L'examen histologique de M. le professeur Ch. Morel montra qu'il s'agissait d'un kyste hématique périnerveux, développé par suite dans la gaine du nerf. La particularité de cette observation est l'absence de traumatisme, et ce fait l'assimile à une seule observation connue, celle de Morcau, de Bruxelles (mai 1910).

C) MEMBRE INFÉRIEUR.

142. **Un cas de hanche à ressort d'origine traumatique.** — Observation lue à la *Société de chirurgie*, par le Dr Rieffel, janvier 1912.

La hanche à ressort est ce phénomène curieux, dont le signe le plus frappant consiste en un claquement sec et brusque, se déclanchant comme un ressort, suffisamment intense pour être entendu à distance et se produisant au niveau de la hanche pendant la marche.

En 1908, quand j'adressai mon mémoire à la Société de chirurgie, il n'y avait pas de nouveaux travaux depuis l'article de Ferraton, qui avait si bien dénommé le phénomène. Mais bientôt l'attention des chirurgiens français (Mouchet, Horand, Nélaton, Rocher, Gross, Frœlich) et de leurs élèves se porta sur l'explication difficile du phénomène, ce qui entraîna une longue série de théories sans qu'on soit arrivé à s'entendre après ces controverses. Cette question ayant des rapports étroits avec les accidents du travail, il était légitime d'en élucider la production. Mon cas concernait précisément un accidenté du travail (chute de 8 mètres sur le sol d'une cour) et qui gardait de son traumatisme le claquement particulier et une faiblesse non déguisée dans la marche et le fait de gravir des échelles, ce qui le mettait dans l'impossibilité de reprendre son état de plombier-couvreur. C'était, à ma connaissance alors, le premier cas de hanche à ressort d'origine traumatique et la pauvreté des documents sur la question rendit délicat mon rôle d'expert, car je n'avais connu ce malade qu'au sujet d'une expertise pour accident du travail.

143. **Dystrophie osseuse généralisée dans un cas de porencéphalie vraie.** — *Toulouse médical*, janvier 1909.

Observation curieuse de dystrophie généralisée à la partie inférieure du tronc et aux membres inférieurs, consistant en un état extrêmement grêle du tibia, du fémur, de l'os iliaque, et en minceur non moins accusée de ce tissu osseux. M. le Dr Bonne, qui voulut bien

m'aider de ses conseils, pensa à la perte du rôle trophique de la zone corticale cérébrale disparue dans la lacune porencéphalique.

144. **Ossification partielle de la capsule coxo-fémorale.** — *Société anatomique de Paris*, juillet 1907.

Cas curieux d'ossification du faisceau inférieur du ligament de Bertin observé sur un sujet d'amphithéâtre, et dont la pathogénie doit être analogue à celle admise pour l'ostéome musculaire.

145. **Ankylose osseuse du genou avec subluxation par rotation interne du fémur.** — *Société anatomique de Paris*, juillet 1903.

146. **Sarcome du jumeau interne; amputation de cuisse.** — *Société anatomo-clinique*, 10 avril 1901, et *Toulouse médical*, 14 juillet 1901.

147. **Luxation du tibia en avant avec fracture bi-malléolaire et plaie articulaires.** — *Société anatomo-clinique*, 5 février 1910.

148. **Phlébite variqueuse et saphénectomie totale.** — *Société anatomo-clinique*, 21 novembre 1910.

149. **De la récidive des ulcères variqueux malgré l'incision de Moreschi.** — *Société de médecine*, 11 mai 1907.

Le traitement des varices et de l'ulcère variqueux est revenu à la mode dans ces dernières années. Pour l'ulcère, on avait proposé une incision circulaire de la peau et des vaisseaux sous-cutanés dans la région de la jarretière; je l'ai faite à mon tour, et j'ai vu des résultats obtenus par d'habiles chirurgiens, résultats médiocres puisqu'il y avait récidive de l'ulcère, si bien que je n'ai plus repris ce traitement, à peu près abandonné du reste aujourd'hui.

La saphénectomie totale avec extirpation des paquets phlébitiques donne de meilleurs résultats, et j'ai eu ainsi à intervenir sur un paquet phlébitique qui a cessé d'être une contre-indication quand la phase aiguë a été éteinte.

150. **Pied bot talus pur.** — *Société anatomo-clinique*, 20 mai 1902.

151. **Squelette de pied creux varus invétéré.** — *Toulouse médical*, 15 septembre 1903.

152. **Anomalie tendineuse de l'extenseur propre du gros orteil.** — *Société anatomique de Paris*, 7 novembre 1898.

C'est un dédoublement du tendon qui venait s'insérer par une languette sur l'extrémité antérieure de la deuxième phalange du gros orteil. C'est une anomalie qui, d'après Chudzinski et Ledouble, s'observerait en anatomie comparée chez les chimpanzés.

153 **Gangrène sèche, rapide et totale du pied et de la jambe.** — *Toulouse médical*, 1er mai 1907.

154. **Amputation de Lisfranc pour tuberculose du métatarse.** — Présentation du malade à la *Société anatomo-clinique*, le 5 mars 1911.

Je présentai ce malade pour montrer le résultat fonctionnel immédiat satisfaisant après cette désarticulation tarso-métatarsienne, si en honneur à l'amphithéâtre et qui rend à l'occasion, en chirurgie courante, dans des lésions bien limitées, des services appréciables.

155. **Anévrisme artério-veineux des vaisseaux tibio-postérieurs.** — *Archives médicales de Toulouse*, 1er mars 1899, en collaboration avec M. le Dr Secheyron.

156. **Un cas d'arthropathie hémophilique.** — *Société de chirurgie de Toulouse*, 18 mars 1912, et *Archives médicales de Toulouse*, 1er avril 1912.

Les manifestations articulaires de l'hémophilie ne sont pas dans nos régions si banales que j'aie voulu laisser passer, sans m'y arrêter, cette curieuse observation.

L'enfant âgé de cinq ans avait des antécédents personnels d'hémophilie, et chez ses ascendants une sorte d'état purpurique; à la suite d'une chute, s'était développée une grosse hémarthrose sus-rotulienne accompagnée de demi-ankylose avec attitudes vicieuses simulant une tumeur blanche. C'est toujours avec la tumeur blanche que ces arthropathies sont confondues et la notion de l'hémophilie ne vient qu'ensuite, à l'occasion d'une complication. Ici ce fut une hémorragie incoercible par l'orifice du trocart qui avait pénétré dans l'hématome non coagulé du cul-de-sac synovial sous-tricipital. Le sérum antidiphtérique finit par tarir l'hémorragie. C'est à ce moment qu'on eut connaissance des

ascendants purpuriques et des antécédents personnels suspects d'hémophilie. L'examen du sang, deux fois pratiqué, confirma cet état hémophilique, et la radiographie montra l'absence des lésions ostéo-articu-



Fig. 5. — Radiographie de l'arthropathie hémophilique du petit malade.

laires de la tuberculose ou même d'un ostéo-sarcome au début. Ce fait clinique, en raison de ses commémoratifs purpuriques et hémophiliques, était intéressant à faire connaître au moment où des discussions s'efforcent d'apporter quelque lumière sur ce mystérieux état dyscrasique pour expliquer son analogie ou sa parenté avec le purpura.

Toulouse, Imp. Douladoure-Privat, rue S'-Rome, 39. — 36